PLURAL M

Erving Goffman s-a născut în anul 1922, în Canada, și a murit în 1982. În 1945 a obținut licența în discipline umaniste la Universitatea din Toronto, iar apoi și-a continuat studiile la Universitatea din Chicago, obținând masteratul în discipline umaniste în anul 1949, iar doctoratul, în 1953. A petrecut un an pe una dintre insulele mai mici din arhipelagul Insulelor Shetland, timp în care a adunat materiale pentru o disertație despre comunitatea locală ; ulterior a lucrat, în calitate de consultant, la Institutul Național pentru Sănătate Mintală din Washington, apoi la University of California, Berkeley (1958-1968), unde a predat sociologia, și la University of Pennsylvania, Philadelphia (1968-1982), ca profesor de antropologie și sociologie. Este autorul mai multor articole și recenzii de carte, apărute în publicații periodice cum ar fi *Psychiatry* și *American Journal of Sociology*. Dintre volumele publicate amintim : *The Presentation of Self in Everyday Life* (1956, 1959), *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity* (1963), *Strategic Interaction* (1969), *Relations in Public : Micro-Studies of the Public Order* (1971), *Gender Advertisements* (1979), *Forms of Talk* (1981).

Erving Goffman, *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Anchor Books, A Division of Random House, Inc., New York, 1961

www.polirom.ro

Editura POLIROM
Iași, B-dul Carol I nr. 4, P.O. BOX 266, 700506
București, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37 ;
P.O. BOX 1-728, 030174

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României :

GOFFMAN, ERVING

Aziluri : eseuri despre situația socială a pacienților psihiatrici și a altor categorii de persoane instituționalizate / Erving Goffman ; trad. de Anacaona Mîndrilă. – Iași : Polirom, 2003
336 p., 21 cm – (Plural M)

ISBN : 973-681-427-0

I. Mîndrilă, Anacaona (trad.)

364.65

Printed in ROMANIA

Erving Goffman

Aziluri

Eseuri despre situația socială a pacienților psihiatrici și a altor categorii de persoane instituționalizate

Traducere de Anacaona Mîndrilă

POLIROM
2003

Cuprins

Cuvânt înainte

Începând din toamna anului 1954 și până la sfârșitul anului 1957, am fost membru consultant al Laboratorului de Studii Sociale și de Mediu aparținând Institutului Național pentru Sănătate Mintală din Bethesda, Maryland. Pe parcursul acestor trei ani am efectuat, în Centrul Clinic al Institutului Național pentru Sănătate, unele studii succinte asupra comportamentului persoanelor spitalizate. În perioada 1955-1956 am desfășurat studii de teren la Spitalul St. Elizabeth din Washington, D.C., instituție federală ce adăpostește peste 7.000 de persoane, dintre care trei sferturi provin din districtul Columbia. Timpul suplimentar de care am avut nevoie ulterior pentru prelucrarea materialelor mi-a fost asigurat printr-o bursă M-4111 (A), oferită de același Institut Național pentru Sănătate Mintală (INSM), și prin activitățile desfășurate la Centrul pentru Integrare Teoretică a Științelor Sociale, la Berkeley, Universitatea California.

În activitatea de teren de la St. Elizabeth am avut ca prim obiectiv cunoașterea, pe cât posibil, a lumii sociale a pacienților internați în acest spital, așa cum o percep ei în mod subiectiv. Mi-am început munca în calitate de asistent al directorului pe probleme de educație fizică, recunoscând, dacă mi se cereau lămuriri, că studiez activitatea recreațională și viața în comunitate ; îmi petreceam ziua împreună cu pacienții, evitând relațiile prea strânse cu personalul medical și, de asemenea, evitând să port cu mine o cheie. Însă nu dormeam în secție, iar conducerea spitalului știa care-mi sunt țelurile.

Nutream pe atunci (și mai nutresc și acum) convingerea că orice grup de persoane – deținuți, oameni primitivi, îndrumători sau pacienți – își creează o viață proprie, o viață care capătă sens și devine rezonabilă și normală o dată ce te apropii de ea. De asemenea, consider că o bună modalitate de a obține informații despre o atare lume este aceea de a te afla în compania membrilor săi și de a trăi, împreună cu aceștia, ciclul cotidian de întâmplări banale pe care le traversează ei.

Atât metoda mea, cât și felul în care am aplicat-o au unele limitări evidente : n-am acceptat să fiu internat cu adevărat, nici măcar scriptic ; dacă aș fi procedat astfel, gama acțiunilor și rolurilor mele s-ar fi restrâns și, în consecință, aș fi obținut mai puține date. Dorind să obțin detalii etnografice despre anumite aspecte ale vieții sociale a pacienților, nu am utilizat modalitățile obișnuite de măsurare și control. Am pornit

de la premisa că rolul pe care ar fi trebuit să-l adopt și timpul pe care ar fi trebuit să-l rezerv în vederea colectării dovezilor statistice necesare pentru un număr redus de afirmații m-ar fi împiedicat să obțin informații cu privire la calitatea și structura vieții sociale a pacienților. Metoda mea are și alte limite. Concepția despre lume a unui grup are rol de sprijin pentru membrii grupului ; teoretic, ea le furnizează acestora o definiție autojustificatoare a situației în care se află și o concepție marcată de prejudecăți cu privire la cei care nu fac parte din grup – în cazul de față, această categorie cuprinde medicii, asistentele medicale, îngrijitorii și rudele. Ca să descriu cu fidelitate situația pacienților, este necesar să înfățișez concepția subiectivă, proprie lor. (Pentru această din urmă părtinire mă scuz, într-o oarecare măsură, argumentând că, de astă dată, dezechilibrul înclină talerul corect al cântarului, căci aproape toată literatura de specialitate despre pacienții psihiatrici este scrisă din punctul de vedere al psihiatrului – iar psihiatrul, din punct de vedere social, se află de partea opusă pacienților.) În plus, aș dori să avertizez cititorul că, probabil, concepția mea este în prea mare măsură caracteristică unui bărbat din clasa de mijloc ; poate că, indirect, am suferit din cauza unor lucruri pe care pacienții din clasa inferioară le suportau fără prea mare greutate. În sfârșit, spre deosebire de unii pacienți, am venit în spital fără să nutresc un respect prea mare pentru știința psihiatriei și nici pentru instituțiile care îi apreciază tehnicile curente.

Aș dori să-mi exprim, în mod special, mulțumirile pentru sprijinul celor care au garantat pentru mine. Negocierile pentru obținerea permisiunii de a studia Spitalul St. Elizabeth au fost făcute de regretatul doctor Jay Hoffman, pe atunci medic-șef. El a convenit ca spitalul să aibă dreptul de a formula critici înainte de publicare, dar fără să exercite privilegii de cenzură finală sau de acord final, acestea ținând de INSM, Bethesda. A acceptat că am dreptul să nu aduc la cunoștință nici lui, nici altcuiva observațiile făcute cu privire la un anumit angajat sau pacient și că, în calitate de observator, nu voi fi obligat să intervin în nici un fel în ceea ce voi observa petrecându-se în jurul meu. A fost de acord să-mi deschidă orice ușă din spital și, pe parcursul studiului, și-a respectat cuvântul cu o politețe, o rapiditate și o eficiență pe care nu le voi uita niciodată. Mai târziu, când doamna doctor Winifred Overholser, administratorul spitalului, a revizuit ciorna lucrării mele, doctorul Hoffman a făcut corecții utile cu privire la anumite erori faptice evidente și, de asemenea, mi-a sugerat să-mi prezint mai explicit punctul de vedere și metoda. Pe parcursul studiului, Laboratorul de Studii Sociale și de Mediu, pe atunci condus de John Clausen, primul său director, mi-a oferit un salariu, ajutor în munca de secretariat, critici colegiale și încurajarea de a privi spitalul din perspectivă sociologică, nu dintr-una de psihiatru începător. Laboratorul și instituția-părinte, INSM, și-au exercitat dreptul de a-și spune cuvântul final în privința lucrării mele ; singura consecință de care sunt conștient a constat în

aceea că, o dată, mi s-a cerut să caut substitute pentru unul-două adjective mai jignitoare.

Prin toate acestea, vreau să arăt că ocazia de a mă angaja în cercetare pură, în mod liber, mi-a fost oferită de către o agenție guvernamentală, cu sprijinul financiar al unei alte agenții guvernamentale, ambele desfășurându-și activitatea în atmosfera delicată din Washington. Toate acestea s-au întâmplat într-o perioadă când unele universități din această țară, bastioane tradiționale ale cercetării libere, mi-ar fi restricționat în mai mare măsură demersurile. Pentru aceasta, trebuie să mulțumesc psihiatrilor și specialiștilor în științe sociale din guvern, oameni cu orizont larg și lipsiți de prejudecăți.

Erving Goffman
Berkeley, California, 1961

Introducere

O instituție „totală” poate fi definită drept un loc în care își desfășoară viața și activitatea un număr mare de indivizi cu statut similar, despărțiți de restul societății pentru o perioadă de timp apreciabilă și care duc împreună o viață strict delimitată, reglementată oficial de către instituție. Închisoarea constituie un exemplu evident, cu condiția să fim de acord că elementele caracteristice unei închisori se regăsesc și în instituții ai căror membri nu au încălcat nici o lege. Lucrarea de față se ocupă de instituțiile totale în general și de un anumit tip de instituție totală, spitalul de psihiatrie, în special. Accentul este pus pe lumea persoanelor private de libertate din aceste instituții, nu pe lumea personalului angajat. Interesează cu precădere elaborarea unei versiuni sociologice a structurii eului.

Fiecare dintre cele patru eseuri ce alcătuiesc această carte a fost scris de sine stătător, iar primele două au fost publicate separat. Am intenționat, în toate patru, să mă concentrez asupra aceleiași chestiuni : situația persoanei instituționalizate. Ca atare, există unele lucruri care se repetă. Pe de altă parte, fiecare eseu abordează problema centrală dintr-un unghi diferit, introducerea fiecăruia fiind inspirată dintr-o altă sursă sociologică și având o relativă independență față de celelalte eseuri.

Metoda de prezentare a materialului poate fi supărătoare pentru cititor, dar îmi permite să urmăresc analitic și comparativ problema centrală a fiecărei lucrări în mult mai mare măsură decât mi-ar permite-o o carte integrată, structurată pe capitole. Pledez în favoarea disciplinei noastre. Sunt de părere că, în prezent, dacă se dorește abordarea „caldă” a conceptelor sociologice, fiecare concept trebuie urmărit până acolo unde se aplică optim, iar de acolo trebuie urmat oriunde ar părea să ducă și forțat să dezvăluie restul „familiei” sale. Poate că este preferabil să ai mai multe haine cu care să îmbraci bine copiii decât un singur cort splendid în care să tremure cu toții de frig.

Primul eseu, „Despre caracteristicile instituțiilor totale”, constituie o examinare generală a vieții sociale din aceste instituții, bazată în mare măsură pe două tipuri caracterizate de dobândirea fără voie

a statutului de membru: spitalele de psihiatrie și închisorile. Sunt prezentate temele ce vor fi dezvoltate detaliat în celelalte lucrări și se sugerează locul ocupat de aceste teme în întreg. A doua lucrare, „Cariera morală a pacientului psihiatric”, ia în considerare efectele inițiale ale instituționalizării asupra relațiilor sociale pe care le avea individul înainte să devină un pacient privat de libertate. A treia lucrare, „Viața clandestină a unei instituții publice”, prezintă atașamentul pe care se așteaptă ca persoanele instituționalizate să-l manifeste față de căminul lor oțelit și, în detaliu, modul în care ele se pot distanța, într-o anumită măsură, față de aceste așteptări. În ultima lucrare, „Modelul medical și spitalizarea psihiatrică”, îmi îndrept atenția asupra personalului, pentru a discuta, în cazul spitalelor de psihiatrie, rolul jucat de perspectiva medicală în modul de a i se prezenta pacientului realitatea situației sale.

Despre caracteristicile instituțiilor totale[1]

1. O versiune prescurtată a acestei lucrări a fost publicată în *Symposium on Preventive and Social Psychiatry*, Walter Reed Army Institute of Research, Washington, D.C. (15-17 aprilie 1957), pp. 43-84. Versiunea de față o reia pe aceea din lucrarea *The Prison*, ed. Donald R. Cressey, copyright © 1961 by Holt, Rinehart and Winston, Inc.

Introducere

I

Așezămintele sociale – instituții, în sensul cotidian al termenului – sunt locuri cum ar fi camerele, grupurile de camere, clădirile sau fabricile în care se desfășoară cu regularitate un anumit tip de activitate. Sociologia nu are o modalitate prea adecvată de a le clasifica. Unele așezăminte, ca, de pildă, gara Grand Central, sunt deschise tuturor persoanelor cu comportament decent ; despre altele, cum ar fi clubul Union League din New York sau laboratoarele de la Los Alamos, se consideră că acordă cu destul de mare strictețe accesul persoanelor. Unele, cum ar fi magazinele sau oficiile poștale, au un număr mic de membri stabili care prestează un serviciu și un flux permanent de membri care beneficiază de acel serviciu. Altele, cum sunt locuințele și fabricile, presupun un set de participanți mai puțin fluctuant. Unele instituții pun la dispoziție cadrul pentru activitățile prin care se consideră că individul își obține statutul social, indiferent cât de plăcute sau de puțin restrictive ar fi acele activități ; spre deosebire de acestea, alte instituții furnizează cadrul pentru activități considerate facultative și lipsite de seriozitate, cărora li se acordă timpul rămas liber după îndeplinirea sarcinilor mai serioase. În această carte pun în evidență o categorie diferită de instituții, despre care afirm că este firească și fertilă, deoarece membrii săi par să aibă foarte multe în comun – de fapt, atât de multe în comun, încât obținerea de informații despre una dintre aceste instituții ne va ajuta foarte mult să le studiem pe celelalte.

II

Orice instituție captează o parte din timpul și interesul membrilor săi și le oferă acestora un fel de lume ; pe scurt, are tendințe delimitatoare. Trecând în revistă diferitele instituții existente în societatea

noastră occidentală, vom găsi unele cu un caracter delimitator mult mai pronunțat decât al altora care le urmează în ordine descrescătoare. Caracterul lor delimitator sau total este simbolizat de interzicerea interacțiunilor sociale cu lumea din afară și a părăsirii instituției, interdicție care, deseori, ia formă concretă în clădirea ca atare : uși încuiate, ziduri înalte, sârmă ghimpată, faleze abrupte, ape, păduri sau zone mlăștinoase. Numesc aceste așezăminte „instituții totale” și intenționez să le explorez caracteristicile generale[1].

Instituțiile totale din societatea noastră pot fi grupate, în linii mari, în cinci categorii. Primul grup îl formează instituțiile create cu scopul de a lua în grijă persoanele considerate neputincioase, dar, în același timp, inofensive : căminele pentru nevăzători, pentru persoanele în vârstă, pentru orfani și pentru săraci. Al doilea grup cuprinde acele instituții menite să se preocupe de persoanele considerate incapabile să-și poarte singure de grijă, dar care constituie o amenințare la adresa societății, chiar dacă în mod neintenționat : sanatoriile TBC, spitalele de psihiatrie și leprozeriile. Un al treilea tip de instituție totală este organizat pentru a apăra comunitatea împotriva persoanelor considerate a reprezenta o amenințare intenționată la adresa ei, bunăstarea persoanelor închise neconstituind o preocupare de prim ordin : închisorile, penitenciarele, lagărele pentru prizonieri de război și lagărele de concentrare. În al patrulea rând, există instituții create, teoretic, pentru a permite desfășurarea optimă a anumitor activități și care își găsesc justificarea numai pe acest temei utilitar : cazărmile militare, navele, școlile cu internat, lagărele de muncă, proprietățile coloniale și reședințele particulare de proporții mari (conacele), privite din punctul de vedere al celor care trăiesc în locuințele servitorilor. În sfârșit, mai sunt acele așezăminte cu rolul de a asigura izolarea de lume și care, adeseori, servesc și ca locuri de instruire pentru cei ce se dedică religiei : mănăstirile de maici, mănăstirile de călugări, schiturile și alte locuri de sihăstrie.

---

1. Categoria instituțiilor totale a fost evidențiată periodic în literatura sociologică, sub diferite nume ; unele dintre caracteristicile categoriei au fost sugerate, poate în modul cel mai remarcabil, în „Segregated Communities and Mental Health”, lucrarea neglijată a lui Howard Rowland, publicată în *Mental Health Publication of the American Association for the Advancement of Science*, nr. 9, editată de F.R. Moulton, 1939. O prezentare preliminară a lucrării de față poate fi găsită în *Group Processes*, lucrările celei de-a treia conferințe (1956), editate de Bertram Schaffner (Josiah Macy, Jr. Foundation, New York, 1957). Termenul „total” a mai fost folosit în contextul de față în lucrarea lui Amitai Etzioni, „The Organizational Structure of «Closed» Educational Institutions in Israel”, *Harvard Educational Review*, XXVII (1957), p. 115.

Această clasificare a instituțiilor totale nu este una precisă, exhaustivă și nici nu are utilitate analitică directă, dar ne furnizează o definiție pur descriptivă a categoriei, fiind un punct de pornire concret. Ancorând astfel definiția inițială a instituției totale, nădăjduiesc să pot discuta caracteristicile generale ale acestui tip de instituție fără să ajung la tautologii.

Înainte de a încerca să extrag din această listă de așezăminte un profil general, aș vrea să menționez o problemă conceptuală : nici unul dintre elementele pe care le voi descrie nu pare să aparțină exclusiv instituției totale și nici unul nu pare a fi comun tuturor instituțiilor de acest tip ; instituțiile totale au caracteristica distinctivă de a prezenta într-o mare măsură multe dintre atributele din această familie. Așadar, voi folosi expresia „caracteristici comune" într-un mod restrictiv, dar pe care îl consider justificabil din perspectivă logică. Aceasta îmi permite să folosesc metoda tipurilor ideale, stabilind trăsăturile comune în speranța de a sublinia ulterior diferențele semnificative.

III

Un element fundamental al organizării societății moderne constă în faptul că individul tinde să doarmă, să se destindă și să muncească în locuri diferite, cu co-participanți diferiți, sub incidența unor autorități diferite și fără o planificare rațională generală. Trăsătura centrală a instituțiilor totale poate fi descrisă ca fiind dărâmarea granițelor care separă în mod normal aceste trei sfere ale vieții. În primul rând, toate aspectele vieții se desfășoară în același loc și sub incidența uneia și aceleiași autorități. În al doilea rând, fiecare fază a activității cotidiene a unui membru se desfășoară în prezența imediată a unui mare număr de alți membri, toți fiind tratați în mod identic și cerându-li-se să facă același lucru împreună. În al treilea rând, toate fazele activității zilnice sunt programate strict ; unei activități îi urmează o alta, la o oră prestabilită, întreaga suită a acestora fiind impusă „de sus", de către un organ oficial, printr-un sistem de reguli oficiale explicite. În sfârșit, diferitele activități impuse sunt grupate într-un plan unitar, rațional, cu menirea declarativă de a asigura îndeplinirea obiectivelor oficiale ale instituției.

Fiecare dintre aceste trăsături poate fi găsită și în alte părți, nu doar în instituțiile totale. Spre exemplu, tot mai multe dintre marile noastre instituții comerciale, industriale și educaționale pun la dispoziția membrilor bufeturi cu autoservire și spații de recreere pentru

timpul liber; însă folosirea acestor amenajări suplimentare rămâne la alegerea membrilor și se iau măsuri speciale, astfel încât autoritatea instituției să nu se extindă asupra lor. Tot astfel, femeile casnice sau familiile care trăiesc la ferme pot avea toate sferele principale ale existenței folosite pe același teritoriu îngrădit, dar aceste persoane nu sunt înregimentate într-un colectiv și nici nu-și desfășoară activitățile cotidiene în imediata apropiere a unui număr de alți indivizi asemănători.

Încercarea de a satisface un număr mare de necesități omenești prin organizarea birocratică a unor grupuri mari de oameni reprezintă faptul-cheie al instituțiilor totale, indiferent dacă este sau nu o modalitate necesară sau eficientă de organizare socială în circumstanțele date. Din acest fapt decurg anumite consecințe importante.

Grupate în blocuri, persoanele pot fi ținute sub observație de angajați, a căror principală activitate nu vizează îndrumarea și nici inspecția periodică (așa cum este cazul, de multe ori, în relațiile dintre angajator și angajat), ci supravegherea; acești angajați trebuie să se asigure că fiecare face ceea ce i s-a spus clar că i se cere să facă, în condițiile în care, foarte probabil, infracțiunea unei persoane va ieși în evidență prin contrast cu supunerea vizibilă și permanent examinată a celorlalți. Nu ne interesează aici ordinea importanței între grupurile mari de oameni supravegheați și personalul de supraveghere puțin numeros; important este că sunt făcuți unii pentru alții.

În instituțiile totale există o separație fundamentală între grupul mare de indivizi supravegheați, numiți în mod concis „instituționalizați", și personalul de supraveghere, redus numeric. În mod tipic, persoanele instituționalizate trăiesc în instituție, contactul cu lumea din afara zidurilor fiindu-le restricționat; angajații lucrează în instituție opt ore pe zi și sunt integrați social în lumea exterioară[1]. Fiecare dintre cele două grupuri tinde să-l privească pe celălalt prin prisma unor stereotipuri înguste și ostile; angajații îi consideră deseori pe instituționalizați agresivi, ascunși și nedemni de încredere, iar

---

1. Caracterul bipolar al instituțiilor totale mi-a fost indicat de către Gregory Bateson și a fost remarcat în literatură. Vezi, spre exemplu, Lloyd E. Ohlin, *Sociology and the Field of Corrections* (Russell Sage Foundation, New York, 1956), pp. 14, 20. În acele situații în care și angajații trebuie să locuiască între zidurile instituției, ne putem aștepta din partea lor să considere că îndură greutăți deosebite și să perceapă foarte clar o dependență de statut, pe care nu o anticipau, față de viața din interiorul instituției. Vezi Jane Cassels Record, „The Marine Radioman's Struggle for Status", *American Journal of Sociology*, LXII (1957), p. 359.

indivizii instituționalizați consideră adesea că membrii personalului sunt condescendenți, aroganți și răutăcioși. Angajații tind să se simtă superiori, virtuoși, în timp ce instituționalizații tind să se simtă, cel puțin în anumite privințe, inferiori, slabi, blamabili, vinovați[1].

Mobilitatea socială între aceste două straturi suportă restricții extreme ; în mod obișnuit, distanța socială este foarte mare și deseori prescrisă în mod oficial. Până și conversația între cele două grupuri poate fi purtată pe un ton aparte, după cum o ilustrează relatarea romanțată a unei internări autentice într-un spital de psihiatrie :

> – Să-ți spun eu cum stau lucrurile ! zise domnișoara Hart pe când traversau camera de zi. O să faci tot ce spune domnișoara Davis. Nu te gândești, doar faci. O să vă înțelegeți de minune !
>
> De îndată ce auzi numele, Virginia înțelese care era acel lucru îngrozitor din Secția Unu : domnișoara Davis.
>
> – Ea e asistenta-șefă ?
>
> – Și încă cum, murmură domnișoara Hart.
>
> Asistentele aveau un fel de a se comporta de parcă pacienții n-ar fi putut să audă ce li se spune decât dacă se răcnea la ei. Deseori, spuneau pe un ton normal lucruri pe care doamnele n-ar fi trebuit să le audă ; dacă n-ar fi fost asistente, ai fi crezut că vorbesc adesea de unele singure.
>
> – Domnișoara Davis e o persoană extrem de competentă și de eficientă ! anunță domnișoara Hart[2].

Deși este necesară o oarecare comunicare între persoanele instituționalizate și angajații care le păzesc, una dintre funcțiile paznicilor constă în controlul comunicării dintre instituționalizați și membrii personalului superior, inițiată de cei dintâi. Un autor care a studiat spitalele de psihiatrie oferă o ilustrare :

> Întrucât mulți dintre pacienți ard de nerăbdare să stea de vorbă cu medicul când acesta își face vizita, îngrijitorii trebuie să joace rolul de mediatori între pacienți și medic, pentru ca acesta din urmă să nu fie copleșit. În Secția 30, părea că pacienților fără simptome fizice, care făceau parte din cele două grupuri situate pe poziție inferioară pe scala privilegiilor, nu li se permitea aproape niciodată să discute cu medicul decât dacă doctorul Baker cerea el însuși să-i

1. În ceea ce privește versiunea din închisori, vezi lucrarea lui S. Kirson Weinberg, „Aspects of the Prison's Social Structure”, *American Journal of Sociology*, XLVII (1942), pp. 717-726.
2. Mary Jane Ward, *The Snake Pit* (New American Library, New York, 1955), p. 72.

vadă. Grupul de pacienţi din categoria celor cu delir, perseverenţi, sâcâitori, numiţi în jargonul îngrijitorilor „prăpăstioşii”, „pacostele”, încercau deseori să treacă de îngrijitorul-mediator, dar, de fiecare dată, acesta îi punea la punct imediat[1].

După cum există restricţii cu privire la conversaţia dintre cele două categorii, la fel există şi restricţii care vizează transmiterea de informaţii, mai cu seamă cele în legătură cu planurile angajaţilor cu privire la instituţionalizaţi. În mod caracteristic, indivizilor instituţionalizaţi nu li se permite să ia cunoştinţă de hotărârile luate în privinţa sorţii lor. Temeiurile oficiale pentru acest lucru pot fi militare, ca în cazul soldaţilor de rând cărora li se ascunde destinaţia călătoriei, sau medicale, ca în cazul bolnavilor de tuberculoză[2], cărora li se ascunde diagnosticul, planul de tratament şi durata aproximativă a spitalizării ; indiferent de motiv, faptul în sine conferă angajaţilor instituţiei o cale specială de a se distanţa de instituţionalizaţi şi de a-i controla pe aceştia.

Restricţiile de interacţiune contribuie, probabil, la întreţinerea stereotipurilor antagonice[3]. Se dezvoltă două lumi sociale şi culturale diferite, care funcţionează paralel una faţă de cealaltă, având puncte de contact reglementate oficial, dar întrepătrunderile reciproce fiind practic inexistente. În mod semnificativ, atât angajaţii, cît şi instituţionalizaţii ajung să identifice numele şi clădirea instituţiei ca aparţinând oarecum angajaţilor, astfel că, atunci când unul dintre cele două grupuri se referă la concepţiile sau interesele „instituţiei”, subînţelege prin aceasta concepţiile şi preocupările personalului (tot astfel voi proceda şi eu).

Separaţia între angajaţi şi instituţionalizaţi reprezintă un aspect esenţial al administrării birocratice a grupurilor mari de persoane. Un al doilea aspect se referă la muncă.

În organizarea obişnuită a vieţii în societatea noastră, autoritatea exercitată de locul de muncă încetează o dată cu primirea salariului

---

1. Ivan Belknap, *Human Problems of a State Mental Hospital* (McGraw--Hill, New York, 1956), p. 177.
2. Un raport de caz extrem de detaliat pe această temă se găseşte în capitolul intitulat „Information and the Control of Treatment”, în monografia lui Julius A. Roth despre sanatoriile pentru tuberculoşi, aflată în curs de elaborare. Lucrarea sa promite să fie un studiu-model al unei instituţii totale. Idei preliminare pot fi găsite în articolele sale, „What is an Activity ?”, *Etc.*, XIV (1956, toamna), pp. 54-56 şi „Ritual and Magic in the Control of Contagion”, *American Sociological Review*, XXII (1957), pp. 310-314.
3. După cum sugerează Ohlin, *op. cit.*, p. 20.

de către lucrător ; modul cum cheltuiește lucrătorul banii primiți, în contexte domestice sau recreaționale, este problema sa personală, acest fapt constituind un mecanism prin intermediul căruia autoritatea de la locul de muncă se menține în niște granițe stricte. Dar, din moment ce indivizilor din instituțiile totale li se face programul complet pentru întreaga zi, înseamnă că trebuie avute în vedere toate necesitățile lor fundamentale. În aceste condiții, indiferent în ce fel vor fi stimulați să muncească, stimulentul respectiv nu va avea semnificația structurală pe care o are dincolo de zidurile instituției. Vor exista, negreșit, motivații diferite pentru muncă și atitudini diferite față de ea. Aceasta este o adaptare esențială, solicitată instituționalizaților și celor care trebuie să-i determine să muncească.

Uneori este nevoie de atât de puțină muncă, încât instituționalizații, de multe ori neobișnuiți cu activitățile de timp liber, suferă de plictiseală extremă. Munca necesară poate fi efectuată într-un ritm extrem de lent sau poate fi plătită printr-un sistem de recompense minore, deseori ceremoniale, cum ar fi rația săptămânală de tutun și cadourile de Crăciun care îi determină pe unii pacienți psihiatrici să-și continue munca. În alte cazuri, desigur, instituționalizații trebuie să trudească din greu, uneori mai mult timp decât prevede programul normal de muncă, fiind motivați nu de răsplată, ci de amenințarea cu pedepsele corporale. În unele instituții totale, cum sunt lagărele pentru exploatări forestiere și navele comerciale, practica economisirii forțate amână relaționarea obișnuită cu lumea în care banii sunt folosiți pentru a cumpăra diferite lucruri ; instituția organizează toate necesitățile indivizilor instituționalizați, aceștia primind plata doar la sfârșitul sezonului de muncă, când părăsesc instituția. În unele instituții există un fel de sclavie, timpul individului fiind întru totul la dispoziția personalului ; în astfel de locuri, sentimentul eului și sentimentul posesiunii pot ajunge să sufere o înstrăinare față de capacitatea de muncă a instituționalizatului. T.E. Lawrence ilustrează acest fapt în descrierea perioadei petrecute de el la o bază de instruire a R.A.F. :

> Tipii în haine de camuflaj, aflați la bază de șase săptămâni, ne-au șocat simțul moral cu atitudinea lor nepăsătoare. „Voi, pifanii, sunteți niște blegi că vă trudiți atâta !”, spun ei. Oare să fie de vină entuziasmul începutului sau o rămășiță de bună creștere ? Căci la R.A.F. ni se plătesc toate cele douăzeci și patru de ore ale unei zile, cu trei penny și jumătate pe oră : suntem plătiți ca să muncim, ca să mâncăm, ca să dormim. Jumătățile acelea de penny se adună mereu. Ca urmare, e imposibil să conferi demnitate unei activități, făcând-o bine. Munca trebuie să-ți ocupe cât mai mult timp cu

putință, căci după ce termini nu te așteaptă lenevitul lângă foc, ci o altă îndeletnicire plătită[1].

Indiferent că are prea mult sau prea puțin de lucru, individul pentru care munca era un reper în viața de afară tinde să ajungă demoralizat de sistemul de muncă din instituția totală. Demoralizarea o exemplifică, printre altele, obiceiul pacienților din spitalele psihiatrice de stat de a cerși sau de „a-i scutura" pe alții de câțiva bănuți pe care să-i cheltuiască în bufetul cu autoservire. Cei care fac acest lucru, deseori oarecum sfidător, sunt persoane care, în afara instituției, ar considera asemenea demersuri mai prejos de demnitatea lor. (Angajații interpretează obiceiul cerșitului din perspectiva propriei lor înclinații, de civili, de a munci pentru a câștiga și tind să-l considere un simptom al bolii mentale și o dovadă în plus că pacienții sunt cu adevărat suferinzi.)

Aceasta înseamnă că există o incompatibilitate între instituțiile totale și structura fundamentală, bazată pe muncă plătită, a societății noastre. Instituțiile totale sunt, de asemenea, incompatibile cu un alt element crucial al societății noastre : familia. Uneori, viața de familie este considerată în contrast față de viața solitară, dar, în realitate, un contrast mult mai pertinent îl oferă viața în comun, căci cei care mănâncă și dorm la locul de muncă, împreună cu un grup de colegi de lucru, nu pot să aibă în nici un caz o existență domestică semnificativă[2]. Și reciproc : faptul că au o familie dincolo de granițele instituției le permite deseori angajaților să rămână integrați în comunitatea exterioară și să scape tendinței de delimitare a instituției totale.

Indiferent dacă o anumită instituție totală acționează ca o forță pozitivă sau negativă în societatea civilă, ea deține putere și aceasta depinde parțial de suprimarea unui întreg cerc de cămine familiale reale sau potențiale. Și invers : formarea de cămine familiale reprezintă o garanție structurală că instituției totale i se va opune rezistență. Incompatibilitatea acestor două forme de organizare socială ar trebui să ne spună ceva cu privire la funcțiile sociale mai cuprinzătoare ale amândurora.

Instituția totală este un hibrid social : în parte comunitate de rezidență, în parte organizație formală ; tocmai în aceasta rezidă interesul special pe care îl prezintă pentru sociologie. Există și alte motive pentru interesul față de aceste așezăminte. În societatea noastră, ele reprezintă domiciliul forțat pentru persoanele aflate în

1. T.E. Lawrence, *The Mint* (Jonathan Cape, Londra, 1955), p. 40.
2. Un caz de graniță interesant îl constituie așezările israeliene numite *kibbutzuri*. Vezi Melford E. Spiro, *Kibbutz, Venture in Utopia* (Harvard University Press, Cambridge, 1956), și Etzioni, *op. cit.*

transformare; fiecare dintre ele constituie un experiment asupra modificărilor pe care le poate suporta eul.

Am sugerat, până aici, unele trăsături fundamentale ale instituției totale. În continuare, aș dori să prezint acest așezământ din două perspective: mai întâi din cea a lumii instituționalizaților, iar apoi din cea a lumii angajaților. În final, voi spune câte ceva despre interacțiunile dintre cele două lumi.

Lumea instituționalizaților

I

Instituționalizaților le este caracteristic faptul că intră în instituție cu o „cultură actuală" derivată dintr-o „lume familială" – un mod de viață și un ciclu de activități considerate firești până în momentul intrării în instituție. (Există, prin urmare, motive de a exclude orfelinatele și casele de copii de pe lista instituțiilor totale, cu excepția situațiilor în care orfanul ajunge să fie socializat în lumea din afară printr-un proces de osmoză culturală, deși accesul la această lume îi este interzis în mod sistematic.) Oricare ar fi fost stabilitatea organizării personale a individului înainte de intrarea în instituție, ea făcea parte dintr-un cadru mai amplu, găzduit de mediul său civil – un circuit de experiențe care confirmau o concepție despre sine tolerabilă și permiteau o serie de manevre defensive, efectuate după bunul lui plac, pentru confruntarea cu situațiile de conflict, discreditare și eșec.

Se pare că instituția totală nu înlocuiește cultura unică a individului cu ceva preformat; ne confruntăm cu ceva mai restrictiv decât aculturația sau asimilarea. Dacă apar totuși modificări culturale, poate că aceasta are de-a face cu eliminarea ocaziilor de a manifesta anumite comportamente și cu nereușita în a ține ritmul cu ultimele modificări sociale din lumea exterioară. Astfel, dacă șederea în instituție este de lungă durată, poate surveni ceea ce s-a numit „deculturație"[1],

1. Termen folosit de Robert Sommer în lucrarea „Patients who grow old in a mental hospital", *Geriatrics*, XIV (1959), pp. 586-587. Termenul „desocializare", folosit uneori în acest context, ar putea să pară prea

adică o „dezvățare” care îl face temporar incapabil să se descurce cu anumite caracteristici ale vieții de zi cu zi în afara instituției, dacă și când reușește să se întoarcă în lumea din afară.

Pentru instituționalizat, semnificația deplină a faptului de a „intra” sau de a fi „înăuntru” există doar în raport cu semnificația specială pe care o are pentru el „a ieși” sau „a ajunge afară”. În acest sens, instituțiile totale nu caută cu adevărat victoria culturală. Ele creează și întrețin un anumit tip de tensiune între lumea familială și lumea instituțională și folosesc această tensiune permanentă ca pe o pârghie strategică în manevrarea oamenilor.

II

Nou-sositul intră în instituție având o concepție despre sine formată grație anumitor convenții sociale stabile din lumea sa de origine. La intrarea în instituție, este imediat privat de sprijinul pe care i-l conferă aceste convenții. În limbajul precis al unora dintre cele mai vechi instituții totale, individul trece printr-o primă serie de înjosiri, degradări, umiliri și pângăriri ale eului. Eul său este degradat sistematic, chiar dacă, de multe ori, fără intenție. Încep să se petreacă o serie de schimbări radicale în *cariera sa morală*, carieră alcătuită din modificările treptate care survin în convingerile individului cu privire la propria persoană și la alte persoane importante pentru el.

Procesele prin care se realizează înjosirea eului persoanei sunt relativ standardizate în instituțiile totale[1] ; analiza lor ne poate ajuta să observăm măsurile pe care așezămintele obișnuite trebuie să le garanteze pentru ca membrii lor să-și păstreze eul civil.

Bariera pe care instituțiile totale o pun între individul instituționalizat și restul lumii marchează prima restrângere a identității. În viața civilă, datorită programării secvențiale a rolurilor individului atât de-a lungul vieții, cât și în ciclul repetitiv al fiecărei zile, nici unul dintre rolurile pe care le joacă nu-i va bloca activitățile și relațiile aferente altui rol. În schimb, existența ca membru într-o instituție totală aduce cu sine perturbarea automată a programării rolurilor, din moment ce separarea instituționalizatului de restul lumii durează

---

puternic, implicând pierderea capacităților fundamentale de a comunica și coopera.

1. O descriere a acestor procese poate fi găsită în lucrarea lui Gresham M. Sykes, *The Society of Captives* (Princeton University Press, Princeton, 1958), cap. IV, „The Pains of Imprisonment”, pp. 63-83.

douăzeci și patru de ore din douăzeci și patru și poate continua vreme de mai mulți ani. Ca urmare, survine deposedarea de roluri. În numeroase instituții totale, privilegiul de a primi vizite sau de a ieși din așezământ pentru a face vizite este în totalitate refuzat în perioada inițială, fapt ce asigură o primă ruptură profundă față de rolurile trecute și recunoașterea deposedării de roluri. Iată ilustrarea oferită de o relatare despre viața de cadet într-o academie militară:

> Această ruptură netă cu trecutul trebuie obținută într-o perioadă relativ scurtă. Ca atare, în primele două luni, cadetului nu i se permite să părăsească unitatea și nici să se angajeze în interacțiuni sociale cu alte persoane decât colegii săi. Această izolare completă contribuie la producerea unui grup unitar de cadeți, în locul unei adunături eterogene de persoane cu statute superioare și inferioare. Încă din prima zi se distribuie uniformele, iar discuțiile cu privire la avere și la mediul familial de proveniență sunt tabu. Deși leafa cadeților este foarte mică, nu li se permite să primească bani de acasă. Rolul de cadet trebuie să devină prevalent față de celelalte roluri pe care individul s-a obișnuit să le joace. Rămân foarte puține indicii care să dezvăluie statutul social deținut în lumea din afară[1].

Aș putea să adaug că, atunci când intrarea în instituție se face voluntar, recrutul s-a retras deja parțial din lumea sa de origine; ceea ce instituția retează net este ceva ce începuse deja să se degradeze.

Deși instituționalizatul își poate relua unele roluri dacă și când se întoarce în lumea din afară, este evident că alte pierderi suferite de el rămân irevocabile și individul le trăiește, dureros, ca atare. Se poate ca individul să nu aibă, într-o fază ulterioară a ciclului vieții, posibilitatea de a recupera timpul pe care nu l-a petrecut perfecționându-și studiile sau cariera, stabilind și consolidând relații cu sexul opus ori crescându-și copiii. Un aspect juridic al acestei deposedări permanente se regăsește în conceptul de „moarte civilă": deținuții dintr-o închisoare se pot confrunta nu doar temporar cu pierderea drepturilor de a dispune de bani și de a completa cecuri, de a contesta

---

1. Sanford M. Dornbush, „The Military Academy as an Assimilating Institution", *Social Forces*, XXXIII (1955), p. 317. Un exemplu cu privire la restricțiile inițiale de vizitare într-un spital de psihiatrie poate fi găsit în D.McI. Johnson și N. Dodds (eds.), *The Plea for the Silent* (Christopher Johnson, Londra, 1957), p. 16. Se poate face o comparație cu regula care nu permite servitorilor din reședințe să primească vizite, impusă deseori acestora de către instituția totală în care trăiesc. Vezi J. Jean Hecht, *The Domestic Servant Class in Eighteenth-Century England* (Routledge and Kegan Paul, Londra, 1956), pp. 127-128.

acțiuni de divorț ori proceduri de adopție și de a vota, ci este posibil ca aceste drepturi să le fie retrase definitiv[1].

Așadar individul instituționalizat descoperă că anumite roluri nu-i mai sunt accesibile, datorită barierei care îl desparte de lumea din afară. Dar procesul de intrare în instituția totală mai implică, de cele mai multe ori, și alte tipuri de pierderi și înjosiri. În mai toate cazurile, angajații instituției folosesc așa-numitele proceduri de internare, cum ar fi înregistrarea unei scurte biografii a individului, fotografierea, cântărirea, luarea amprentelor, atribuirea numărului de identificare, percheziția, înregistrarea și preluarea obiectelor personale pentru a fi puse la păstrare, dezbrăcarea, spălarea, dezinfectarea, tunderea, îmbrăcămintea standard, instructajul cu privire la reguli și desemnarea unui spațiu de locuit[2]. Procedurile de internare ar putea fi numite mai adecvat „ajustare" sau „programare", căci, fiind astfel pregătit, nou-venitul se lasă modelat și codificat, transformat într-un obiect ce poate fi introdus în mecanismul administrativ al așezământului și „prelucrat" fără probleme, prin operații de rutină. Multe dintre aceste proceduri vizează atribute cum ar fi greutatea și amprentele digitale, elemente pe care individul le posedă pur și simplu fiindcă aparține celei mai mari și mai abstracte categorii sociale, aceea de ființă umană. Măsurile adoptate pe baza acestor atribute ignoră în mod necesar majoritatea temeiurilor sale anterioare de autodefinire.

Întrucât o instituție totală are de-a face cu extrem de multe aspecte ale vieții indivizilor instituționalizați, există o nevoie deosebită de a obține cooperarea inițială din partea recrutului, o dată cu inevitabila modelare complexă de la internare. Membrii personalului consideră adesea că dacă un nou-venit se arată dispus să le arate respectul cuvenit la primele întâlniri față în față, aceasta constituie un semn că respectivul își va asuma rolul deținutului supus în mai toate ocaziile. Momentul când angajații instituției îi aduc la cunoștință deținutului pentru prima oară obligațiile sale de supunere este conceput în așa manieră încât să-l provoace pe deținut ori să se

---

1. O utilă trecere în revistă, în privința închisorilor americane, poate fi găsită în lucrarea lui Paul W. Tappan, „The Legal Rights of Prisoners", *The Annals*, CCXCIII (mai 1954), pp. 99-111.
2. Vezi, de exemplu, J. Kerkhoff, *How Thin the Veil : A Newspaperman's Story of His Own Mental Crack-up and Recovery* (Greenberg, New York, 1952), p. 110 ; Elie A. Cohen, *Human Behaviour in the Concentration Camp* (Jonathan Cape, Londra, 1954), pp. 118-122 ; Eugen Kogon, *The Theory and Practice of Hell* (Berkley Publishing Corp., New York, f.a.), pp. 63-68.

răzvrătească, ori să-și păstreze calmul atât în acea situație, cât și în viitor. Ca atare, aceste prime momente de socializare pot să presupună un „test de supunere" și chiar o înfruntare pentru înfrângerea voinței: deținutul care se arată sfidător este pedepsit imediat, în mod vizibil, iar pedeapsa devine tot mai dură, până când se dă bătut și se arată umil.

O ilustrare interesantă ne-o oferă Brendan Behan, care relatează înfruntarea sa cu doi gardieni la intrarea în închisoarea Walton:

> – Și ține capu' sus când vorbesc cu tine!
> – Ține capu' sus când domnul Whitbread vorbește cu tine! spuse domnul Holmes.
> M-am uitat la Charlie. I-am întâlnit privirea, dar el a lăsat repede ochii în pământ.
> – La ce te uiți, Behan? Uită-te la mine!
> ....
> M-am uitat la domnul Whitbread.
> – Mă uit la dumneavoastră! i-am spus.
> – Te uiți la domnul Whitbread – și mai ce? zise domnul Holmes.
> – Mă uit la domnul Whitbread.
> Domnul Holmes se uită cu gravitate la domnul Whitbread, își luă avânt cu palma deschisă și mă lovi peste față, apoi mă ținu cu mâna cealaltă și mă plesni iarăși.
> Mi se învârtea capul, îmi ardea, mă durea; m-am întrebat dacă mă va mai plesni. Am uitat și am primit încă o lovitură, iar am uitat, altă lovitură, m-am clătinat, m-a sprijinit o mână aproape amabilă, altă lovitură, vedeam totul în roșu, alb și cu străfulgerări de milă.
> – Behan, te uiți la domnul Whitbread – și mai ce?
> Am tras lacom aer în piept, m-am străduit să-mi recapăt vocea și am încercat până mi-a ieșit cum trebuia:
> – Eu, domnule, vă rog, domnule, mă uit la dumneavoastră, vreau să zic că mă uit la domnul Whitbread, domnule[1].

Procedurile de la internare și testele de supunere pot crește în complexitate și pot fi transformate într-un proces de inițiere, numit „urarea de bun venit", prin care membrii personalului, instituționalizații sau și unii, și ceilalți fac tot ce le stă în putere ca să-i arate cât mai limpede nou-sositului în ce situație jalnică se află[2]. În cadrul

1. Brendan Behan, *Borstal Boy* (Hutchinson, Londra, 1958), p. 40. Vezi și Anthony Heckstall-Smith, *Eighteen Months* (Allan Wingate, Londra, 1954), p. 26.
2. Pentru varianta acestui proces așa cum se desfășoară în lagărele de concentrare, vezi Cohen, *op. cit.*, p. 120, și Kogon, *op. cit.*, pp. 64-65.

acestui ritual de trecere, nou-sositul poate fi chemat cu apelativul „pifan" sau „boboc", cuvinte care îi arată că e doar un simplu individ instituționalizat și, mai mult decât atât, că are un statut mult inferior chiar și în acest grup, aflat oricum pe o treaptă inferioară.

Procedura de la sosire poate fi caracterizată ca un sfârșit și un început, punctul de mijloc dintre ele fiind marcat de goliciunea fizică. Sfârșitul presupune, firește, deposedarea de obiectele personale, aspect important, deoarece persoanele investesc simțăminte de autodefinire în posesiunile lor. Cea mai semnificativă dintre posesiuni nu este, poate, câtuși de puțin una palpabilă, ci este numele întreg al persoanei ; indiferent cum ar fi numită aceasta ulterior, pierderea numelui poate constitui o diminuare importantă a eului[1].

După ce individului instituționalizat i se confiscă toate obiectele personale, instituția trebuie să înlocuiască măcar o parte din ele, dar obiectele-substitut iau formă standard, arătând toate la fel și fiind uniform distribuite. Ele sunt marcate în așa fel încât să se vadă clar că aparțin instituției, iar în anumite cazuri sunt cerute la intervale regulate, pentru a fi „dezinfectate" de elementele de identificare. În privința obiectelor consumabile – cum ar fi, de exemplu, creioanele –, individului i se poate cere să predea rămășițele obiectului înainte să primească un altul[2]. Faptul că instituționalizaților nu li se pun la dispoziție dulapuri individuale, precum și percheziţiile periodice și confiscarea bunurilor personale acumulate[3] întăresc deposedarea. Ordinele religioase au apreciat, la rândul lor, efectele asupra eului pe care le are despărțirea de obiectele personale. Călugărilor li se cere să-și schimbe chilia o dată pe an, așa încât să nu se atașeze de ea. Legea benedictină este cât se poate de explicită :

> Pentru dormit, să le ajungă o saltea, o pătură, o învelitoare și o pernă. Abatele trebuie să inspecteze frecvent paturile, căci ele pot ascunde obiecte personale. Dacă se descoperă la cineva obiecte pe

---

Pentru descrierea, într-o lucrare de ficțiune, a tratamentului de bun venit într-o școală de reeducare pentru fete, vezi Sara Harris, *The Wayward Ones* (New American Library, New York, 1952), pp. 31-34. O versiune din închisoare, mai puțin explicită, poate fi găsită în George Dendrickson și Frederick Thomas, *The Truth about Dartmoor* (Gollancz, Londra, 1954), pp. 42-57.

1. Spre exemplu, Thomas Merton, *The Seven Storey Mountain* (Harcourt, Brace and Company, New York, 1948), pp. 290-91 ; Cohen, *op. cit.*, pp. 145-47.
2. Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, pp. 83-84, și *The Holy Rule of Saint Benedict*, cap. 55.
3. Kogon, *op. cit.*, p. 69.

> care nu le-a primit de la abate, vinovatul să fie pedepsit cu maximă severitate. Iar pentru ca acest viciu al posesiunii personale să fie smuls din rădăcină, abatele trebuie să pună la dispoziție toate lucrurile necesare : pelerina, tunica, ciorapii, pantofii, cingătoarea, cuțitul, condeiul, acul, batista și tăblițele ; astfel ca nimeni să nu se poată plânge că nu are cele de trebuință. Iar abatele trebuie să aibă mereu în minte spusele din Faptele Apostolilor : „Împărțirea s-a făcut tuturor, după cum avea nevoie fiecare”[1].

O anumită categorie a posesiunilor individului se află într-o relație specială cu eul. În mod obișnuit, individul se așteaptă să exercite un oarecare control asupra aspectului său exterior atunci când apare în fața altor oameni. Pentru aceasta, are nevoie de produse cosmetice și de îmbrăcăminte, de instrumente pentru aplicarea, aranjarea și repararea acestora și de un loc accesibil și sigur unde să-și țină aceste obiecte ; pe scurt, individul are nevoie de o „trusă de identitate” cu ajutorul căreia să-și modeleze „ținuta” personală. De asemenea, mai are nevoie și de acces la specialiștii în îmbunătățirea aspectului exterior, cum sunt frizerii, coaforii și comercianții de îmbrăcăminte.

Însă, la intrarea într-o instituție totală, este foarte probabil ca individul să fie despuiat de înfățișarea sa obișnuită, dar și de mijloacele concrete și de serviciile cu ajutorul cărora își menține acea înfățișare ; astfel, el suferă o desfigurare. Îmbrăcămintea, pieptenii, acul și ața, produsele cosmetice, prosoapele, săpunul, seturile de bărbierit, accesul la o baie echipată cu toate cele necesare îi pot fi luate sau i se poate interzice accesul la ele, deși unele dintre articolele respective pot fi depozitate într-un loc inaccesibil, fiindu-i returnate la ieșirea din instituție, dacă și când survine aceasta. După cum se spune și în *Legea Sacră a Sfântului Benedict* :

> Apoi, fără zăbavă, chiar acolo în paraclis, el va fi despuiat de veșmintele proprii pe care le poartă și va fi îmbrăcat cu veșmintele mănăstirii. Veșmintele de care este despuiat vor fi puse în camera pentru garderobă și vor fi păstrate acolo, așa încât dacă diavolul îl va convinge vreodată să plece din mănăstire (ferească Dumnezeu !), să poată fi despuiat de sutana monahală și trimis pe drumul lui[2].

După cum am arătat, articolele instituționale distribuite nou-veniților pentru a le înlocui pe cele personale sunt, de cele mai multe ori, de tipul „grosolan”, nepotrivite ca mărime și croială, deseori vechi, și aceleași pentru categorii largi de instituționalizați. Într-o relatare

1. *The Holy Rule of Saint Benedict*, cap. 55.
2. *Ibidem*, cap. 58.

despre prostituatele aflate în închisoare se descrie impactul acestei substituţii:

> Mai întâi este femeia-ofiţer responsabilă cu duşul, care le obligă să se dezbrace, le ia hainele proprii, are grijă ca ele să facă duş şi le distribuie hainele de închisoare: o pereche de încălţări din pânză cu tocuri joase, două perechi de şosete cârpite de mai multe ori, trei rochii de bumbac, două cămăşi de corp din bumbac, două perechi de chiloţi şi două sutiene. Toate sutienele sunt fără formă şi inutile. Deţinutele nu primesc corsete.
>
> Nu există imagine mai jalnică decât cea oferită de acele deţinute obeze, care în lumea din afară reuşeau măcar să arate decent, în clipa când se văd pentru prima oară în veşmintele de închisoare[1].

Pe lângă desfigurarea ce derivă din interzicerea accesului la trusa de identitate, mai există şi desfigurarea produsă prin mutilări propriu-zise, cu efect permanent, cum ar fi înfierarea sau pierderea unor membre. Deşi această degradare a eului prin afectarea integrităţii corporale poate fi găsită în foarte puţine instituţii totale, pierderea sentimentului de siguranţă personală se întâlneşte totuşi frecvent şi constituie sursa temerilor cu privire la desfigurare. Bătăile, terapia de şoc sau, în spitalele de psihiatrie, intervenţiile chirurgicale – indiferent ce intenţii au membrii personalului când le aplică instituţionalizaţilor aceste servicii – îi pot determina pe mulţi dintre ei să simtă că se află într-un mediu care nu le oferă garanţii pentru integritatea corporală.

La sosirea în instituţie, pierderea obiectelor care îi conturează în parte identitatea îl poate împiedica pe individ să le înfăţişeze celorlalţi imaginea sa obişnuită. După intrarea în instituţie, imaginea pe care o înfăţişează este atacată pe o altă cale. Dat fiind limbajul corporal al unei anumite societăţi civile, anumite mişcări, poziţii şi atitudini corporale îl înfăţişează pe individ într-o manieră înjositoare şi, de aceea, vor fi etichetate ca nedemne şi evitate. Orice regulă, comandă sau îndatorire care obligă individul să facă asemenea mişcări sau să adopte asemenea poziţii este înjositoare pentru eu. În instituţiile totale, astfel de umilinţe fizice abundă. Spre exemplu, în spitalele de psihiatrie, bolnavii pot fi obligaţi să mănânce toate

1. John M. Murtagh şi Sara Harris, *Cast the First Stone* (Pocket Books, New York, 1958), pp. 239-240. Cu privire la spitalele de psihiatrie, vezi, de exemplu, Kerkhoff, *op. cit.*, p. 10. Ward, *op. cit.*, p. 60 avansează ideea de bun-simţ că, în societatea noastră, bărbaţii suferă o desfigurare mai uşoară decât femeile în instituţiile totale.

felurile de mâncare cu lingura[1]. În închisorile militare, deținuților li se cere să ia poziția de drepți ori de câte ori intră un ofițer în încăperea unde se află ei[2]. În instituțiile religioase există gesturi clasice de penitență, cum ar fi sărutatul picioarelor[3] sau poziția recomandată călugărului păcătos:

> [...] să se lungească la pământ, lângă ușa paraclisului, în tăcere; și astfel, întins cu fața în jos, să se arunce la picioarele tuturor celor care trec prin paraclis[4].

În unele instituții penale există postura umilitoare, cu corpul îndoit de mijloc și aplecat în față, pe care trebuie s-o adopte cei pedepsiți prin bătaia cu nuiele[5].

După cum individului i se poate cere să adopte poziții umilitoare, tot astfel poate fi determinat să folosească formule verbale umilitoare. Un exemplu important îl constituie modelul de respect forțat, folosit în instituțiile totale: instituționalizaților li se cere deseori să-și puncteze interacțiunile sociale cu angajații instituției prin demonstrații verbale de deferență, cum ar fi întrebuințarea frecventă a apelativului „domnule". Un alt exemplu este obligația de a adresa rugăminți politicoase, insistente sau umile pentru lucruri mărunte, ca, de exemplu, un chibrit pentru aprinderea țigării, un pahar cu apă sau permisiunea de a folosi telefonul.

Umilințelor verbale și acționale la care este obligat individul instituționalizat le corespunde felul în care îl tratează ceilalți. Exemplele standard în această privință sunt injuriile verbale sau prin gesturi: angajații instituției sau tovarășii de detenție îi dau individului porecle obscene, îl înjură, îi discută în gura mare însușirile negative, îl tachinează sau vorbesc despre el ori despre alți instituționalizați ca și cum individul nici n-ar fi de față.

Indiferent de forma ori sursa acestor felurite umilințe, individul trebuie să se angajeze în activități ale căror consecințe simbolice sunt incompatibile cu concepția lui de sine. O astfel de înjosire, mai slab definită, survine când individului i se cere să adopte un program cotidian de viață pe care îl consideră străin de sine, să-și asume

---

1. Johnson și Dodds, *op. cit.*, p. 15; pentru varianta folosită în închisori, vezi Alfred Hassler, *Diary of a Self-Made Convict* (Regnery, Chicago, 1954), p. 33.
2. L.D. Hankoff, „Interaction Patterns Among Military Prison Personnel", *U.S. Armed Forces Medical Journal*, X (1959), p. 1419.
3. Kathryn Hulme, *The Nun's Story* (Muller, Londra, 1957), p. 52.
4. *The Holy Rule of Saint Benedict*, cap. 44.
5. Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, p. 76.

astfel un rol cu care nu se poate identifica. În închisori, lipsa ocaziilor pentru interacțiuni heterosexuale îi poate crea individului teama de a-și pierde masculinitatea[1]. În instituțiile militare, obligația de a desfășura activități minore, fără specific militar, pentru a fi activi tot timpul îi poate face pe oameni să simtă că timpul și eforturile lor sunt lipsite de valoare[2]. În instituțiile religioase, există reguli speciale de organizare internă, menite să asigure executarea, de către fiecare individ, pe rând, a celor mai ignobile activități pe care le presupune rolul de servitor[3]. La extremă se află practica, întâlnită în lagărele de concentrare, prin care prizonierii sunt obligați să administreze bătăi cu biciul altor prizonieri[4].

În instituțiile totale mai există și o altă formă de înjosire : începând de la intrarea în instituție, individul este expus unui tip sau altul de contaminare. În lumea din afară, individul își poate feri elementele de autodefinire – cum ar fi propriul trup, acțiunile imediate, gândurile și o parte din bunurile personale – de contactul cu lucruri străine care le-ar putea contamina. Dar în instituțiile totale, aceste teritorii personale sunt încălcate ; granițele pe care individul le trasează între propria ființă și mediul înconjurător sunt încălcate, iar expresiile fizice ale eului suferă pângăriri.

Există, în primul rând, divulgarea informațiilor despre sine pe care individul nu dorește să le împărtășească. La intrarea în instituția totală, informațiile cu privire la statutele sociale ale instituționalizatului și la comportamentul său din trecut – mai ales faptele care-l discreditează – sunt culese și înregistrate într-un dosar care stă la dispoziția angajaților. Ulterior, în măsura în care instituția intenționează în mod oficial să modifice tendințele interne autoreglatoare ale instituționalizatului, pot avea loc confesiuni individuale sau de grup, fie ele psihiatrice, politice, militare sau religioase, în funcție de tipul instituției. Cu aceste ocazii, instituționalizatul trebuie să dezvăluie fapte și simțăminte cu privire la propria persoană în fața unor tipuri noi de public. Mostrele cele mai spectaculoase de expuneri de acest tip ni le oferă mărturisirile din lagărele comuniste și ședințele de *culpa* care alcătuiesc o parte a programului de rutină din instituțiile religioase catolice[5]. Dinamica acestui proces a fost prezentată explicit de către cei implicați în așa-numita *milieu therapy*, terapia prin mediu.

---

1. Sykes, *op. cit.*, pp. 70-72.
2. Spre exemplu, Lawrence, *op. cit.*, pp. 34-35.
3. *The Holy Rule of Saint Benedict*, cap. 35.
4. Kogon, *op. cit.*, p. 102.
5. Hulme, *op. cit.*, pp. 48-51.

Cei care audiază mărturisirile află despre individ fapte discreditante pe care acesta, de obicei, le ascunde, dar, mai mult decât atât, sunt în măsură să perceapă în mod direct unele fapte de acest fel. Deținuții și pacienții spitalelor de psihiatrie nu-i pot împiedica pe cei care-i vizitează să-i vadă în condiții umilitoare[1]. Un alt exemplu îl constituie ecusonul de identificare etnică purtat pe umăr de prizonierii din lagărele de concentrare[2]. Deseori, examinările medicale și cele de securitate expun fizic instituționalizatul, uneori în fața persoanelor de ambele sexe ; o expunere asemănătoare are loc ca urmare a existenței dormitoarelor colective și a toaletelor fără ușă[3]. Situația extremă de acest tip este, poate, aceea a bolnavului psihic cu impulsuri autodistructive, care este dezbrăcat până la piele – teoretic, pentru propria protecție – și introdus într-o cameră de izolare iluminată permanent, prin a cărei ferestruică se poate uita oricine trece prin secție. În general, instituționalizatul nu este niciodată cu desăvârșire singur : întotdeauna îl poate vedea sau auzi cineva, chiar dacă este vorba doar de tovarășii săi de detenție[4]. Celulele de închisoare prevăzute cu gratii în loc de pereți supun individul unei asemenea expuneri totale.

Poate că tipul de contaminare cel mai evident este contaminarea fizică directă : murdărirea, impurificarea corpului sau a obiectelor identificate puternic cu eul. Uneori, aceasta presupune anularea măsurilor organizatorice obișnuite, menite să izoleze o persoană de propria sursă de contaminare, cum este cazul obligației fiecărui instituționalizat de a-și goli singur recipientul pentru dejecții[5] sau al obligației de a-și îndeplini funcțiile fiziologice excretorii după un anumit program, cum se relatează despre închisorile politice din China :

> Un aspect al regimului de izolare, extrem de apăsător pentru prizonierii occidentali, este regulamentul cu privire la eliminarea

---

1. Desigur, comunitățile mai mari din societatea occidentală au folosit, la rândul lor, această tehnică, sub forma biciuirii în public, a spânzurării în public și a stâlpului infamiei. Regula foarte strictă și des întâlnită în instituțiile totale conform căreia un angajat nu trebuie umilit de către un alt angajat în prezența instituționalizaților este corelată sub aspect funcțional cu importanța umilirii în public.
2. Kogon, *op. cit.*, pp. 41-42.
3. Behan, *op. cit.*, p. 23.
4. Spre exemplu, Kogon, *op. cit.*, p. 128 ; Hassler, *op. cit.*, p. 16. Pentru situația similară întâlnită în instituțiile religioase, vezi Hulme, *op. cit.*, p. 48. Autoarea descrie și lipsa de intimitate auditivă, căci, în loc de ușă, pentru chiliile individuale se folosesc doar draperii din pânză subțire (p. 20).
5. Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 21 ; Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, p. 53.

urinei și a fecalelor. „Găleata pentru dejecții” care se găsește de obicei în celulele închisorilor rusești lipsește în cele mai multe închisori din China. Obiceiul chinez permite defecarea și urinarea doar într-unul sau două intervale de timp prestabilite, în fiecare zi, de obicei dimineața, după micul dejun. Prizonierul este scos din celulă de către un gardian, dus în pas alergător pe un coridor lung și lăsat circa două minute să se așeze pe vine deasupra unei toalete chinezești deschise, pentru a-și face toate nevoile. Femeile suportă extrem de greu graba și expunerea în fața altora. Dacă prizonierii nu-și pot încheia acțiunea în circa două minute, sunt smuciți de pe toaletă și duși înapoi în celule[1].

O formă foarte des întâlnită a contaminării fizice se reflectă în plângerile cu privire la mâncarea preparată în condiții neigienice, la dormitoarele murdare, la prosoapele pătate, la încălțămintea și îmbrăcămintea impregnate cu sudoarea celui care le-a purtat înainte, la toaletele turcești și la băile murdare[2]. Comentariile lui Orwell cu privire la internatul școlii pe care a urmat-o pot fi considerate ilustrative în această privință:

Spre exemplu, erau farfuriile de cositor din care mâncam terciul de ovăz: aveau marginile rotunjite în jos, iar sub buza lor stătea adunat terci vechi, acru, pe care-l puteai desprinde în fâșii lungi. Terciul în sine conținea mai multe cocoloașe, fire de păr și chestii negre inexplicabile decât ai fi crezut că este cu putință – doar dacă nu le punea cineva intenționat. Niciodată nu era sigur să începi să mănânci terciul acela fără să-l cercetezi mai întâi. Mai era și apa jegoasă din bazinul pentru îmbăiere – avea vreo patru-cinci metri lungime, toată școala trebuia să se cufunde în el în fiecare dimineață și mă îndoiesc că apa se schimba prea des –, și prosoapele mereu umede, cu mirosul lor ca de brânză: [...] Și mirosul de sudoare al vestiarului, cu chiuvetele jegoase, ca să nu mai spun de șirul de WC-uri scârnave, vai de capul lor, ale căror uși n-aveau nici un fel de încuietoare, așa încât puteai fi sigur, de câte ori ședeai acolo, că va năvăli cineva peste tine. Nu mi-e ușor să mă gândesc la perioada școlii fără să-mi vină un damf rece și puturos – un fel de amestec de

1. L.E. Hinkle, Jr. și H.G. Wolff, „Communist Interrogation and Indoctrination of «Enemies of the State»”, *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry*, LXXVI (1956), p. 153. O relatare extrem de utilă despre rolul profanator al materiilor fecale și despre nevoia socială de control personal și, deopotrivă, asupra mediului ne-o oferă C.E. Orbach *et al.*, „Fears and Defensive Adaptations to the Loss of Anal Sphincter Control”, *The Psychoanalytic Review*, XLIV (1957), pp. 121-175.
2. Spre exemplu, Johnson și Dodds, *op. cit.*, p. 75; Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 15.

șosete transpirate, prosoape murdare, miros de fecale invadând coridoarele, furculițe cu resturi de mâncare veche între dinți, tocană de berbec grasă, trântitul ușilor de la veceuri și țârâitul răsunător în oalele de noapte, în dormitoare[1].

Există și alte surse de contaminare fizică, după cum sugerează un intervievat descriind infirmeria unui lagăr de concentrare:

Stăteam câte doi într-un pat. Și era foarte neplăcut. De pildă, dacă murea vreun om, cadavrul lui era luat de acolo abia după douăzeci și patru de ore, fiindcă supraveghetorul de bloc voia, firește, să capete rația de pâine și de supă alocată respectivei persoane. Din acest motiv, decesul era anunțat cu douăzeci și patru de ore întârziere, pentru ca decedatul să-și mai primească o dată rația. Astfel că trebuia să rămânem în tot acel timp în pat cu persoana decedată[2].

Noi ne aflam la nivelul de mijloc. Și situația era cât se poate de oribilă, mai cu seamă noaptea. În primul rând, morții erau extrem de emaciați și arătau îngrozitor. În cele mai multe cazuri, se scăpau pe ei în clipa morții și întâmplarea asta nu era prea estetică. Am văzut deseori astfel de cazuri în lagăr, în barăcile bolnavilor. Cei ce muriseră din pricina rănilor infectate, supurânde, ce inundau patul cu puroi se aflau în același pat cu oameni cu boli mai puțin grave, care aveau, poate, doar o rană mică, dar care, în felul ăsta, se infecta[3].

Contaminarea produsă prin împărțirea patului cu muribunzii a fost menționată și în relatările despre spitalele de psihiatrie[4], iar în documentele închisorilor s-au consemnat cazuri de contaminare chirurgicală:

Instrumentele chirurgicale și bandajele din infirmerie stau expuse la aer și praf. George avea pe gât un furuncul pe care infirmierul i l-a incizat cu un bisturiu folosit cu câteva clipe mai devreme pe talpa unui alt pacient și pe care nu-l sterilizase între timp[5].

În sfârșit, în anumite instituții totale, individul este obligat să ia medicamente pe cale orală sau intravenoasă, indiferent dacă vrea sau nu, și să mănânce ceea ce i se dă, oricât de lipsită de gust ar fi

1. George Orwell, „Such, Such Were the Joys”, *Partisan Review*, XIX (septembrie-octombrie 1952), p. 523.
2. David P. Boder, *I Did Not Interview the Dead* (University of Illinois Press, Urbana, 1949), p. 50.
3. *Ibidem*, p. 50.
4. Johnson și Dodds, *op. cit.*, p. 16.
5. Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, p. 122.

mâncarea. Dacă un instituționalizat refuză să mănânce, interiorul corpului său poate fi contaminat în mod silit, prin hrănire forțată.

Am arătat că instituționalizatul este supus înjosirii eului prin expunerea contaminatoare de natură fizică, dar acest aspect trebuie accentuat : când agentul contaminator este o altă ființă umană, individul suferă o contaminare în plus, datorită contactului interpersonal forțat și, în consecință, a relaționării sociale forțate. (La fel, atunci când instituționalizatul nu mai poate să controleze cine anume îl observă în situația jalnică în care se află sau cine obține informații despre trecutul lui, el suferă o contaminare prin relaționarea forțată cu acești oameni, căci tocmai prin astfel de percepții și de informații se exprimă relațiile.)

În societatea noastră, modelul de contaminare interpersonală este, probabil, violul ; deși molestarea sexuală survine, de bună seamă, în instituțiile totale, există și alte modalități, mai puțin dramatice. La intrarea în instituție, obiectele personale aflate asupra individului sunt pipăite, atinse de un angajat al instituției, care face inventarul și le pregătește pentru a fi depozitate. Individul însuși este percheziționat și cercetat, mergându-se chiar până la examinarea rectală, descrisă deseori în literatură[1]. Ulterior, pe parcursul șederii sale în instituție, i se poate cere să se supună percheziției corporale și a locului său de dormit, fie ca măsură de rutină, fie în situațiile când survin probleme în instituție. În toate aceste cazuri, atât angajatul care efectuează percheziția, cît și acțiunea în sine invadează latura de intimitate pe care individul dorește să o țină doar pentru el, îi încalcă teritoriile eului. Chiar și inspecțiile de rutină pot avea acest efect, după cum sugerează Lawrence :

> Pe vremuri, oamenii trebuiau să se descalțe săptămânal de cizme și de ciorapi și să-și prezinte picioarele ofițerului, pentru inspecție. Uneori, când te aplecai să te uiți, te trezeai lovit în gură. Tot așa era și cu certificatul de baie, pe care ți-l elibera comandantul pentru a confirma că ai făcut o baie în săptămâna respectivă. O singură baie ! Ca să nu mai pomenesc inspecția efectelor, inspecția camerelor și inspecția echipamentului – toate pretexte de greșeală grosolană pentru ofițerii dogmatici și de cruzime animalică pentru indivizii băgăreți. O, ca să interacționezi cu cei inferiori fără să-i lezezi ai nevoie de atingerea cea mai blândă[2].

1. De exemplu, Lowell Naeve, *A Field of Broken Stones* (Libertarian Press, Glen Gardner, New Jersey, 1950), p. 17 ; Kogon, *op. cit.*, p. 67 ; Holley Cantine și Dachine Rainer, *Prison Etiquette* (Retort Press, Bearsville, New York, 1950), p. 46.
2. Lawrence, *op. cit.*, p. 196.

În plus, practica, existentă în închisori și în spitalele de psihiatrie, de a alcătui grupuri mixte din punctul de vedere al vârstei, al etniei și al rasei poate determina un individ instituționalizat să se simtă contaminat de contactul cu tovarăși de detenție nedoriți. Iată un exemplu furnizat de un deținut, profesor de școală publică, descriindu-și sosirea în închisoare :

> Un alt gardian a venit cu o pereche de cătușe și m-a legat laolaltă cu un evreu micuț care mormăia încetișor, pentru sine, în idiș[1][...].
>
> Dintr-o dată, mi-a trecut prin minte un gând îngrozitor : că s-ar putea să fiu nevoit să împart celula cu micuțul evreu. M-a cuprins panica. Ideea mă obseda într-atât, încât nu mă mai puteam gândi la altceva[2].

În mod evident, viața în colectivitate presupune contacte reciproce și expunere reciprocă a instituționalizaților. În cazurile extreme, cum sunt celulele din închisorile chineze pentru deținuți politici, gradul de interacțiune poate fi extrem de mare :

> Într-o etapă sau alta a detenției sale, prizonierul se poate aștepta să fie pus într-o celulă împreună cu vreo opt alți deținuți. Dacă, la început, a fost izolat și interogat, aceasta se poate întâmpla la scurt timp după acceptarea primei sale „mărturisiri" ; dar numeroși prizonieri sunt puși în celule comune încă de la începutul încarcerării. Celula, de cele mai multe ori complet lipsită de mobilier, abia dacă este suficient de mare cât să încapă întregul grup. Poate să existe o platformă pentru dormit, dar toți deținuții dorm direct pe jos ; iar când se lungesc cu toții, ocupă fiecare centimetru de dușumea. Atmosfera este extrem de intimă. Practic, solitudinea nu există[3].

Lawrence ilustrează acest aspect, așa cum se întâlnește el în mediul militar, înfățișând dificultățile pe care le-a întâmpinat în privința traiului în comun cu colegii aviatori, în cazarmă :

> Știți, eu nu pot să mă prostesc cu nimeni și timiditatea înnăscută mă exclude din frăția lor, în care se poartă... legatul la ochi, ciupiturile, împrumuturile și vorbirea vulgară : aceasta, în ciuda simpatiei mele față de franchețea funcțională în care se bălăcesc. În mod inevitabil, în spațiul nostru strâmt de locuit, suntem nevoiți să împărtășim tocmai acele elemente de pudoare fizică pe care viața trăită după

1. Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 14.
2. *Ibidem*, p. 17.
3. Hinkle și Wolff, *op. cit.*, p. 156.

> normele politeții le ține acoperite. Activitatea sexuală devine subiect de lăudăroșenii naive și orice anomalie de apetit sau de organ este afișată ca o curiozitate. „Puterile" încurajează genul acesta de comportament. Toate latrinele din unitate au rămas fără uși. „Pune-i pe micii... să doarmă, să... și să mănânce împreună și, firește, o să-i vedem cum fac și instrucție împreună!", afirma, zâmbind cu gura până la urechi, bătrânul Jock Mackay, instructor principal[1].

Un tip frecvent întâlnit de contact contaminant este sistemul de adresare folosit pentru instituționalizați. Angajații instituției și ceilalți instituționalizați își arogă în mod automat dreptul de a se adresa într-un stil intim sau cu un grad redus de formalism; cel puțin pentru o persoană din clasa de mijloc, acest fapt anulează dreptul de a se distanța de ceilalți prin intermediul unui stil formal de adresare[2]. Când individul este obligat să consume hrană pe care o consideră străină și poluată, contaminarea derivă uneori din contactul altor persoane cu hrana respectivă, situație bine ilustrată de penitența „cerșitului supei", practicată în unele mănăstiri de călugărițe:

> [...] și-a pus blidul de lut în stânga maicii starețe, a îngenuncheat, și-a împreunat mâinile și a așteptat până când în blidul pentru cerșit au fost puse două linguri de supă, apoi a trecut la următoarea călugăriță mai în vârstă și la următoarea, până când blidul s-a umplut. [...] Când, în cele din urmă, strachina s-a umplut, călugărița s-a întors la locul ei și a mâncat supa, până la ultima picătură, așa cum știa că trebuie să facă. Încerca să nu se gândească la faptul că supa fusese aruncată în blidul ei din zece alte blide din care se mâncase deja [...][3].

Un alt tip de expunere contaminatoare constă în amestecul unei persoane din afară în relația apropiată a individului cu persoanele semnificative din viața sa. Spre exemplu, un deținut ar putea să se confrunte cu faptul de a-i fi citită și cenzurată corespondența personală; ba, mai mult, scrisorile respective ar putea fi subiect de glume în fața lui[4]. Un alt exemplu constă în caracterul public forțat al vizitelor, după cum arată relatările din închisori:

> Dar ce rânduială sadică au pentru aceste vizite! O oră pe lună (sau două jumătăți de oră), într-o încăpere mare, unde se mai află

1. Lawrence, *op. cit.*, p. 91.
2. Spre exemplu, vezi Hassler, *op. cit.*, p. 104.
3. Hulme, *op. cit.*, pp. 52-53.
4. Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, p. 128.

> alte vreo douăzeci de perechi și unde gardienii stau la pândă, ca să fie siguri că nu primești nici planuri și nici unelte cu care să poți evada ! Ne întâlneam de o parte și de alta a unei mese late de aproape doi metri, la mijlocul căreia se afla o scândură, înaltă de cincisprezece centimetri, având, probabil, rolul de a împiedica până și microbii noștri să se amestece. Ni se permitea o strângere de mână aseptică la începutul vizitei și o alta la sfârșit ; în restul timpului, stăteam și ne uitam unul la altul, strigând ca să ne putem auzi de la distanța aceea uriașă ![1].

> Vizitele au loc într-o încăpere aflată în apropierea porții principale. Acolo există o masă din lemn ; la un capăt al ei se așază deținutul, iar la celălalt, vizitatorii săi. Gardianul stă în capul mesei ; aude fiecare cuvânt rostit, urmărește fiecare gest și fiecare nuanță de exprimare. Nu există nici un pic de intimitate – și asta când bărbatul își întâlnește soția pe care, poate, n-a mai văzut-o de ani de zile. Între deținut și vizitator nu este permis nici un fel de contact direct și, firește, nici ca vreun obiect să treacă din mâinile unuia în mâinile celuilalt[2].

O variantă mai radicală a acestui tip de expunere contaminatoare are loc, după cum am sugerat deja, în mărturisirile puse la cale în cadrul instituției. Când trebuie denunțată o persoană importantă pentru un instituționalizat și mai ales dacă această persoană se află de față, mărturisirea relației în fața străinilor poate determina o contaminare puternică a relației și, prin aceasta, a eului. O ilustrare găsim în descrierea practicilor dintr-o mănăstire :

> Cele mai curajoase dintre persoanele vulnerabile emoțional erau maicile care se ridicau împreună, se declarau vinovate și se denunțau reciproc – pentru că au făcut tot ce le-a stat în putință ca să fie aproape una de cealaltă sau, poate, pentru că au stat de vorbă, într-o recreație, în așa fel încât le-au exclus pe celelalte. Dezvăluirea dureroasă, dar răspicată a afinității în plină dezvoltare îi dă acesteia *le coup de grâce* pe care, poate, ele n-ar fi fost în stare s-o aplice, căci, începând din acea clipă, întreaga comunitate va avea grijă ca maicile vinovate să fie ținute la mare distanță una de alta. Cele două vor fi ajutate să se desprindă dintr-un atașament personal spontan de felul celor care iau naștere deseori într-o comunitate, tot atât de neașteptat cum apar, din când în când, florile sălbatice în modelele geometrice, formale din grădinile mănăstirilor[3].

---

1. Hassler, *op. cit.*, pp. 62-63.
2. Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, p. 175.
3. Hulme, *op. cit.*, pp. 50-51.

Un exemplu similar poate fi găsit în spitalele de psihiatrie dedicate terapiei intensive prin mediu, unde cuplurile de pacienți care au o relație pot fi obligate să-și discute relația în timpul ședințelor de grup.

În instituțiile totale, expunerea relațiilor pe care le are un instituționalizat poate lua forme chiar și mai drastice, căci există situații în care un individ este martor la agresarea fizică a unui alt individ cu care are relații apropiate și suferă înjosirea ireversibilă de a nu fi luat nici o măsură (și de a ști și ceilalți acest lucru). Astfel, iată ce aflăm dintr-un spital de psihiatrie:

> Cunoștințele [despre terapia de șoc] se bazează pe faptul că unii pacienți din Secția 30 au ajutat echipa de șoc să le aplice pacienților acest tratament, imobilizându-i, ajutând la țintuirea lor pe pat cu ajutorul chingilor sau supraveghindu-i după ce se linișteau. În secție, administrarea electroșocurilor se desfășoară de multe ori cu totul la vedere, în fața unui grup de privitori plini de curiozitate. Convulsiile pacientului seamănă adesea cu acelea ale victimei unui accident aflate în chinurile morții și sunt însoțite de sunete de sufocare și, uneori, de un val abundent de salivă care i se prelinge din gură. Pacientul își revine lent, fără să-și amintească incidentul, dar celorlalți le-a servit drept imagine înfricoșătoare a ceea ce li s-ar putea face și lor[1].

Relatarea lui Melville privind biciuirea la bordul unei nave de război din secolul al XIX-lea ne oferă un alt exemplu:

> Oricât ai dori să nu fii de față la scena care urmează, ești silit să asiști la ea sau măcar să stai pe aproape, căci regulamentul prevede ca mai toți oamenii să fie prezenți, de la căpitanul însuși până la băiețașul care trage clopotul[2].
>
> Iar obligația de a asista personal la această scenă, brațul puternic care-l împinge spre locul biciuirii și-l ține acolo până la terminarea ei, silindu-i ochiul și sufletul să asiste, fără voie, la chinurile și la gemetele unor oameni din propria-i tagmă, ale unor camarazi care iau masa împreună cu el și lucrează în același cart – toate acestea îl fac să simtă atotputernica autoritate sub care trăiește[3].

---

1. Belknap, *op. cit.*, p. 194.
2. Herman Melville, *White Jacket* (Grove Press, New York, f.a.), p. 135. [versiunea în limba română: Herman Melville, *Cojocelul Alb*, Editura Minerva, București, 1976, traducere de Petre Solomon, vol. I, p. 191 – n.t.]
3. *Ibidem*, p. 135. [versiunea în limba română: *op. cit.*, vol. I, pp. 191-192 – n.t.]

Lawrence ne oferă un exemplu din mediul militar:

La apelul din seara asta, bastonul a bubuit îngrozitor în ușa barăcii și ușa s-a dat de perete, mai-mai să iasă din țâțâni. A apărut în lumină Baker, V.C., un caporal care a dobândit mare autoritate în cazarmă ca urmare a decorațiilor primite în război. A înaintat pe partea mea de dormitor, verificând paturile. Micul Nobby, luat prin surprindere, avea o cizmă în picior și cealaltă scoasă. Caporalul Baker s-a oprit.

– TU ce-ai pățit?!

– Scoteam un cui care mă rănește în talpă.

– Pune-ți cizma în clipa asta! Numele?

S-a dus până la ușa din capătul încăperii, iar acolo s-a răsucit în loc, pufnind:

– Clarke!

Nobby a strigat, după regulament:

– Domnule caporal!

Apoi a luat-o la fugă pe interval, șchiopătând (întotdeauna trebuie să alergăm când suntem strigați), și a încremenit în poziție de drepți în fața caporalului. După o scurtă pauză, Baker i-a spus scurt:

– Întoarce-te la patul tău!

Însă caporalul continua să aștepte, iar noi trebuia să facem același lucru, aliniați, fiecare în dreptul patului propriu. Din nou chemarea aspră:

– Clarke!

Spectacolul s-a repetat de mai multe ori, iar noi, înșirați pe patru rânduri, am privit, țintuiți locului de rușine și de puterea disciplinei. Eram bărbați cu toții, iar în fața noastră un alt bărbat se înjosea și pe sine, înjosea și specia umană umilindu-l pe un altul. Baker avea o adevărată pasiune pentru scandaluri și nădăjduia să-l provoace pe vreunul dintre noi să facă ori să spună ceva pe care să-și poată fundamenta acuzațiile[1].

Umilirea experiențială extremă de acest fel se găsește, bineînțeles, în literatura despre lagărele de concentrare:

Un evreu pe nume Silbermann a fost nevoit să stea și să privească, fără să poată face nimic, în timp ce sergentul SS Hoppe i-a torturat fratele cu cruzime, până l-a ucis. Silbermann a înnebunit și, în noaptea aceea, la o oră târzie, a stârnit panică, țipând că a luat foc baraca[2].

1. Lawrence, *op. cit.*, p. 62.
2. Kogon, *op. cit.*, p. 160.

III

Am pus în discuție unele dintre formele elementare și directe de agresare a eului – diferite forme de desfigurare și de impurificare prin intermediul cărora sensul simbolic al întâmplărilor din mediul individului instituționalizat contrazice dramatic concepția anterioară a acestuia despre sine. În continuare, aș dori să prezint o sursă de înjosire cu efecte mai puțin directe și cu o semnificație pe care individului îi este mai greu s-o evalueze : perturbarea relației obișnuite între individ și acțiunile sale.

Prima perturbare pe care o vom lua în discuție este „bucla" : agentul care determină o reacție defensivă din partea instituționalizatului face din chiar acest răspuns ținta următorului său atac. Individul descoperă că reacția sa de apărare la atacul asupra eului a eșuat în acea situație ; nu se mai poate apăra în modul obișnuit, distanțându-se de situația umilitoare.

Modelele comportamentale de apărare din instituțiile totale ilustrează efectul de buclă. În societatea civilă, când individul este nevoit să accepte situații și ordine care îi agresează concepția despre sine, îi rămâne o marjă de exprimări reactive care-i salvează onoarea : atitudinea ursuză, abținerea de la manifestările obișnuite de deferență, înjurăturile *sotto voce* neauzite de destinatar și expresiile fugare de dispreț, ironie și batjocură. Astfel, este foarte probabil ca supunerea să fie asociată cu o atitudine manifestă față de aceasta care nu este, la rândul ei, obiectul unei presiuni la fel de puternice în vederea supunerii. Deși astfel de reacții expresive autoprotectoare în fața cerințelor umilitoare apar și în instituțiile totale, membrii personalului îi pot penaliza direct pe instituționalizați pentru asemenea acțiuni, menționând explicit atitudinea ursuză sau insolența drept temei pentru noi pedepse. Astfel, descriind contaminarea eului prin obligația de a mânca supă din blidul de cerșit, Kathryn Hulme spune despre subiectul ei :

> [...] și-a șters de pe chip expresia revoltei care se năștea în sufletul ei pretențios în timp ce mânca resturile. Știa că o singură privire revoltată va fi suficientă pentru a atrage după sine repetarea îngrozitoarei înjosiri prin care, era sigură, n-ar fi putut să mai treacă o dată nici măcar în numele lui Dumnezeu Preamăritul[1].

Procesul de desegregare din instituțiile totale creează și alte cazuri de „buclă". În desfășurarea normală a vieții din societatea

1. Hulme, *op. cit.*, p. 53.

civilă, segregarea martorilor și a rolurilor permite ca afirmațiile și pretențiile implicite ale persoanei cu privire la sine făcute într-un anumit context fizic al activității sale să nu fie comparate cu comportamentele din alte contexte[1]. În instituțiile totale, sferele existenței sunt desegregate, astfel că purtarea unui instituționalizat într-un context de activitate se întoarce împotriva sa, fiind folosită de personalul instituției pentru a-i critica și verifica purtarea într-un alt context. Eforturile unui pacient psihiatric de a se prezenta într-o modalitate adecvat orientată și neagresivă în timpul unei ședințe de diagnostic sau de tratament pot fi puse într-o lumină stânjenitoare prin dovezile privind apatia pacientului în timpul liber sau prin comentariile cinice dintr-o scrisoare către fratele său, scrisoare pe care destinatarul a trimis-o administrației spitalului pentru a fi pusă la dosarul pacientului și adusă la ședință.

Instituțiile psihiatrice progresiste ne oferă excelente exemple ilustrative ale procesului de buclă, din moment ce în aceste instituții feedbackul didactic se poate transforma într-o doctrină terapeutică fundamentală. Se consideră că o atmosferă „permisivă" îl va încuraja pe pacient să-și „proiecteze" sau să-și „pună în act" dificultățile pe care le întâmpină de obicei în viață, care pot fi supuse ulterior atenției lui în timpul ședințelor de terapie de grup[2].

Astfel, prin procesul de buclă, reacția instituționalizatului la propria situație se năruie și face corp comun cu situația în sine, iar individului nu i se permite să mențină segregarea obișnuită a acestor faze ale acțiunii. În acest context poate fi menționată o a doua agresiune la adresa statutului instituționalizatului, agresiune descrisă în general prin termenii „înregimentare" și „tiranizare".

În societatea civilă, până să ajungă adult, individul asimilează standarde social acceptabile pentru executarea celor mai multe dintre activitățile pe care le desfășoară, așa încât problema corectitudinii acțiunilor sale se ivește doar în anumite situații, ca, de exemplu, atunci când i se evaluează productivitatea. În rest, i se permite să-și stabilească ritmul propriu[3]. Nu trebuie să se uite mereu peste umăr

---

1. În societatea civilă, delictele și alte forme de devianță afectează modul în care delincventul este tratat în toate aspectele vieții, dar această anulare a granițelor se aplică, în principal, delincvenților și nu populației largi, alcătuită din indivizii care nu comit respectivele infracțiuni sau le comit fără să fie prinși.
2. O prezentare completă poate fi găsită în R. Rapoport și E. Skellern, „Some Therapeutic Functions of Administrative Disturbance", *Administrative Science Quarterly*, II (1957), pp. 84-85.
3. Intervalul de timp în care angajatul poate lucra după cum consideră de cuviință, fără supraveghere, poate fi considerat, de fapt, o măsură a

ca să vadă dacă îl așteaptă critici sau alte sancțiuni. În plus, multe dintre acțiunile sale vor fi definite drept chestiuni care țin de gusturile personale, existând în mod explicit posibilitatea alegerii dintr-o gamă de variante. Pentru multe activități, judecata și acțiunea autorității sunt suspendate și individul se află pe cont propriu. În astfel de condiții, individul poate să și le programeze într-un mod global profitabil, așa încât să se potrivească între ele – un fel de „economie acțională personală”, ca în cazul când individul amână cu câteva minute momentul mesei pentru a termina o sarcină sau încheie o sarcină puțin mai devreme pentru a se întâlni să cineze cu un prieten. Însă, într-o instituție totală, până și cele mai mici segmente ale activității unei persoane pot fi supuse reglementării și judecării de către membrii personalului. În viața instituționalizatului se fac simțite constant intervențiile de penalizare de la nivelul superior, mai ales în perioada de început a șederii în instituție, înainte ca individul să ajungă să accepte regulamentele fără să se mai gândească. Fiecare prescripție îi răpește individului o ocazie de a-și pune în echilibru nevoile și obiectivele într-un mod eficient, individualizat și expune la sancțiuni stilul său de acțiune. Este încălcată însăși autonomia acțiunii.

Deși procesul controlului social funcționează în toate societățile organizate, tindem să uităm cât de amănunțit, de strict și de restrictiv poate deveni în instituțiile totale. Iată un exemplu izbitor oferit de rutina dintr-o închisoare pentru delincvenți minori :

> La ora cinci și treizeci de minute, ni se dădea deșteptarea și trebuia să sărim din pat și să luăm poziția de drepți. Când paznicul striga „Unu !”, îți dădeai jos cămașa de noapte ; la „Doi !”, o împătureai ; la „Trei !”, îți făceai patul. (Doar două minute pentru a face patul într-un stil complicat și dificil.) În tot acest timp, trei supraveghetori strigau la noi : „Grăbiți-vă !” și „Mai vioi !”.
>
> Îmbrăcatul era și el cu numărătoare : cămășile la „Unu !” ; pantalonii la „Doi !” ; ciorapii la „Trei !” ; pantofii la „Patru !”. Orice zgomot – de pildă, de pantof scăpat pe jos sau numai târșâit pe podea – ajungea ca să fii pedepsit. [...] După ce coboram la parter, toată lumea se întorcea cu fața la perete, în cea mai strictă poziție de drepți, cu mâinile pe lângă corp, cu degetele mari pe cusătura pantalonilor, cu

---

salarizării, dar și a statutului său într-o organizație. Vezi Elliott Jaques, *The Measurement of Responsibility : A Study of Work, Payment, and Individual Capacity* (Harvard University Press, Cambridge, 1956). După cum „intervalul de timp al responsabilității” reprezintă un indicator al poziției în organizație, tot astfel un interval mare de timp nesupus inspecției constituie o recompensă a poziției ocupate.

capul sus, cu umerii trași înapoi, cu burta suptă, cu călcâiele lipite, cu ochii ațintiți înainte, fără scărpinat, fără a ridica mâna la obraz sau la cap, fără să mișcăm măcar degetele[1].

Un alt exemplu provine dintr-o închisoare pentru adulți :

A fost introdus sistemul tăcerii. N-aveam voie să vorbim în afara celulei, la masă ori la muncă.

N-aveam voie să ținem fotografii în celule. În timpul meselor, n-aveam voie să ne uităm în jur. Cojile de pâine le puteam lăsa doar în stânga farfuriei. Deținuții trebuiau să ia poziția de drepți, cu boneta în mână, ori de câte ori apărea un funcționar, un vizitator sau un gardian și să rămână așa până când respectivul nu mai putea fi văzut[2].

Sau dintr-un lagăr de concentrare :

În barăci, prizonierii s-au trezit copleșiți de o sumedenie de impresii noi, care îi zăpăceau. Făcutul patului constituia o sursă specială de șicane din partea ofițerilor SS. Saltelele din paie, diforme și bătucite, trebuiau făcute să stea drepte ca scândura, modelul cearșafurilor trebuia să fie paralel cu marginile patului, sprijinitorile pentru cap trebuiau ridicate și făcute să stea în unghi drept [...][3].

[...] ofițerii SS profitau de cele mai neînsemnate delicte ca să împartă pedepse : mâinile ținute în buzunare, dacă era frig afară ; gulerul ridicat, dacă ploua sau bătea vântul ; nasturii lipsă ; cea mai mică ruptură sau pată pe îmbrăcăminte ; pantofii nelustruiți [...] ; pantofii prea bine lustruiți, care indicau faptul că posesorul lor trage chiulul de la muncă ; omiterea salutului, inclusiv așa-numita „postură neglijentă” [...]. Cea mai mică neregulă în alinierea pe șiruri, potrivit gradului, ori în aranjarea deținuților după înălțime, orice clătinare, tuse, strănut, oricare dintre aceste întâmplări putea provoca o răbufnire sălbatică din partea ofițerilor SS[4].

Mediul militar oferă un exemplu de reglementări posibile cu privire la aranjarea efectelor :

Acum tunica, împăturită astfel încât centura să formeze o margine dreaptă. Peste ea, pantalonii până la genunchi, îndreptați în

1. Hassler, *op. cit.*, p. 155, citându-l pe Robert McCreery.
2. T.E. Gaddis, *Birdman of Alcatraz* (New American Library, New York, 1958), p. 25. Pentru o regulă a tăcerii asemănătoare într-o închisoare britanică, vezi Frank Norman, *Bang to Rights* (Secker and Warburg, Londra, 1958), p. 27.
3. Kogon, *op. cit.*, p. 68.
4. *Ibidem*, pp. 99-100.

așa fel încât să acopere exact aceeași suprafață ca și tunica, iar cele patru pliuri să fie îndreptate spre înainte. Prosoapele se împătureau o dată, de două, de trei ori, încadrând turnulețul de veșminte albastre. Față-n față cu turnulețul albastru se punea jerseul împăturit în formă dreptunghiulară. De o parte și de alta, câte o jambieră rulată. Cămășile se împătureau și se așezau câte două, ca niște cărămizi din flanelă. Înaintea lor, chiloții. Între ei, ciorapii, împachetați îngrijit. Trusa era larg desfăcută, iar pe ea se înșirau cuțitul, furculița, lingura, briciul, pieptenul, periuța de dinți, pămătuful, cârligul de nasturi, în ordinea asta[1].

Tot astfel, se relatează despre o fostă călugăriță că a învățat să-și țină mâinile complet nemișcate[2] și ascunse vederii și să accepte faptul că avea voie să țină în buzunare doar șase obiecte anumite[3]. Un fost pacient psihiatric descrie umilința pe care o suporta de fiecare dată când cerea hârtie igienică, deoarece i se dădea doar o cantitate limitată[4].

După cum am sugerat anterior, unul dintre cele mai grăitoare moduri în care poate fi perturbată economia acțională a unei persoane este obligația de a cere permisiunea sau resursele necesare pentru activități pe care, în lumea din afară, individul le poate îndeplini în mod independent, cum ar fi : fumatul, bărbieritul, mersul la toaletă, telefonatul, cheltuirea banilor sau expedierea scrisorilor. Această obligație nu numai că pune individul într-un rol submisiv sau rugător, „nefiresc” pentru un adult ; în plus, activitatea sa devine supusă amestecului din partea personalului instituției. În loc să i se răspundă la solicitare imediat și automat, instituționalizatul poate fi tachinat, refuzat, chestionat îndelung, nebăgat în seamă sau, după cum arată o fostă pacientă de psihiatrie, doar amânat :

Probabil că nici un om care nu s-a aflat vreodată într-o asemenea poziție de neajutorare nu poate înțelege umilința îndurată de o persoană aptă fizic, dar lipsită de autoritatea necesară pentru a îndeplini cele mai mărunte sarcini pentru sine, atunci când trebuie să le roage în mod repetat pentru îndeplinirea celor mai mici nevoi, cum ar fi rufărie de pat curată sau un foc ca să-și aprindă țigara, pe

---

1. Lawrence, *op. cit.*, p. 83. În legătură cu aceasta, vezi comentariile lui M. Brewster Smith cu privire la noțiunea de „pifan”, în Samuel Stouffer *et al.*, *The American Soldier* (4 vol., Princeton University Press, Princeton, 1949), vol. I, p. 390.
2. Hulme, *op. cit.*, p. 3.
3. *Ibidem*, p. 39.
4. Ward, *op. cit.*, p. 23.

asistentele care o dau la o parte mereu, spunându-i: „O să-ți dau imediat, dragă!" și pleacă fără să-i fi îndeplinit rugămintea. Chiar și angajații de la bufetul cu autoservire par să împărtășească opinia conform căreia nebunii nu merită să fii politicos cu ei, așa că-i fac pe pacienți să aștepte la nesfârșit, pălăvrăgind cu prietenii[1].

Am arătat că, în instituțiile totale, autoritatea este direcționată spre o multitudine de aspecte comportamentale – ținută vestimentară, purtare, maniere – care survin în mod constant și care, tot constant, sunt judecate. Instituționalizatul nu poate scăpa prea ușor de presiunea constantă a judecării de către angajații instituției și nici de stratul atotcuprinzător de constrângeri. O instituție totală seamănă cu un pension, dar unul grosolan și, în același timp, cu numeroase reguli. Aș vrea să comentez două aspecte ale acestei tendințe spre multiplicarea regulilor cu aplicare activă.

În primul rând, regulile prevăd deseori obligativitatea de a executa activitatea prevăzută la unison cu colegii de detenție. Uneori, acest lucru este numit „înregimentare".

În al doilea rând, aceste reguli difuze apar într-un sistem de autoritate de tip *eșalon*: *oricare* membru al clasei angajaților instituției are anumite drepturi de a disciplina pe *oricare* membru al clasei instituționalizaților, fapt ce mărește semnificativ probabilitatea sancțiunii. (Se poate observa că această rânduială seamănă cu cea existentă în unele orașe americane mici, care permite oricărui adult să corecteze purtarea oricărui copil care nu se află în imediata apropiere a părinților săi și să-i ceară îndeplinirea unor mici servicii.) În lumea din afară, adultul din societatea noastră se află, de obicei, sub autoritatea unui *singur* superior direct, cu privire la activitatea sa profesională, iar cu privire la îndatoririle casnice, sub autoritatea unui singur partener de viață, soț sau soție; de obicei, poliția, singura autoritate de tip eșalon cu care trebuie să se confrunte, nu are prezență constantă sau relevantă, excepție făcând, poate, poliția rutieră.

Dat fiind faptul că autoritatea și regulile de tip eșalon sunt difuze, constituie o noutate și sunt aplicate cu strictețe, ne putem aștepta ca instituționalizații, mai ales cei proaspăt intrați în instituție, să trăiască o anxietate cronică, determinată de teama de a încălca regulile și de teama de consecințele pe care le-ar avea încălcarea lor: rănirea fizică sau moartea într-un lagăr de concentrare, exmatricularea în cazul școlilor militare superioare sau retrogradarea într-un spital de psihiatrie:

1. Johnson și Dodds, *op. cit.*, p. 39.

> Totuși, chiar și în aparenta atmosferă de libertate și amabilitate a unei secții „deschise”, descopeream o atmosferă amenințătoare care mă făcea să mă simt în parte ca un deținut, în parte ca un sărac la azil. Cea mai mică greșeală, de la un simptom nervos și până la a provoca personal nemulțumirea unei asistente, avea drept urmare sugestia ca autorul ei să fie trimis într-o secție cu saloane încuiate. Posibilitatea întoarcerii în secția „J” dacă nu mănânc ce mi se dă îmi era atât de des repetată, încât a devenit obsesie și până și mâncărurile pe care reușeam să le înghit îmi provocau indigestie; alți pacienți erau stimulați, prin aceeași teamă, să facă munci neplăcute ori pe care n-ar fi avut obligația să le execute[1].

În instituțiile totale este foarte probabil ca individul să fie silit să facă eforturi conștiente permanente pentru a nu avea necazuri. Instituționalizatul poate să renunțe la anumite manifestări de sociabilitate cu colegii săi pentru a evita posibilele incidente.

IV

În încheierea descrierii procesului de înjosire trebuie abordate trei chestiuni generale.

În primul rând, instituțiile totale perturbă sau contaminează exact acele acțiuni care, în societatea civilă, au rolul de a-i confirma autorului lor și celor aflați în prezența sa că el are un anumit control asupra lumii proprii, că este o persoană cu autodeterminare, cu autonomie și cu libertate de acțiune „adulte”. Imposibilitatea de a păstra acest tip de competență executivă adultă sau măcar simbolurile ei poate să-i producă instituționalizatului groaza de a se simți retrogradat în mod radical în sistemul de ierarhie a vârstelor[2].

Marja de comportamente expresive alese de individ – indiferent că este vorba de dușmănie, de afecțiune sau de indiferență – constituie unul dintre simbolurile autodeterminării. Această dovadă a autonomiei unei persoane este slăbită de obligațiile specifice, cum ar fi aceea de a scrie o scrisoare pe săptămână familiei sau de a se abține de la exprimarea proastei dispoziții. Ea slăbește și mai mult când această marjă de comportament este folosită ca dovadă privind starea psihiatrică ori a conștiinței politice sau religioase.

Există anumite elemente de confort fizic, semnificative pentru individ, care se pierd, de multe ori, la intrarea într-o instituție totală –

---

1. Johnson și Dodds, *op. cit.*, p. 36.
2. *Cf.* Sykes, *op. cit.*, pp. 73-76, „The Deprivation of Autonomy”.

de exemplu, un pat moale[1] sau liniștea în timpul nopții[2]. Pierderea acestui set de elemente de confort poate să reflecte, de asemenea, și o pierdere a autodeterminării, căci individul tinde să-și asigure elementele de confort respective în clipa când are resurse de cheltuit[3].

Pierderea autodeterminării pare să fi fost ritualizată în lagărele de concentrare; astfel, există relatările cumplite despre prizonieri obligați să se tăvălească în noroi[4], să stea în cap în zăpadă, să execute sarcini ridicole, absolut inutile, să se înjure între ei[5] sau, în cazul prizonierilor evrei, să cânte cântece antisemite[6]. O variantă mai puțin drastică se întâlnește în spitalele de psihiatrie, unde s-a relatat că îngrijitorii obligau pacientul care cerea o țigară să spună: „Vă rog frumos!” ori să sară ca s-o apuce. În toate aceste cazuri, instituționalizatul este obligat să demonstreze renunțarea la voința proprie. Mai puțin ritualizată, dar extremă, de asemenea, este jignirea la adresa autonomiei individului survenită în situațiile de închidere în carceră, de înfășurare strânsă în pânză udă sau de legare în cămașă de forță, situații în care individului i se răpește libertatea de a face mici mișcări adaptative.

O altă expresie limpede a lipsei de eficiență personală în instituțiile totale poate fi găsită în modul cum folosesc instituționalizații vorbirea. Una dintre implicațiile folosirii cuvintelor pentru a transmite decizii de acțiune constă în aceea că destinatarul unui ordin este considerat capabil să recepționeze un mesaj și să acționeze independent în vederea îndeplinirii respectivului îndemn sau ordin. Executând acțiunea, individul își poate păstra o rămășiță a impresiei de autodeterminare. Răspunzând la întrebări cu propriile cuvinte, își poate păstra ideea că este o persoană cu oarecare importanță, oricât de mică. Și, din moment ce schimburile sale cu ceilalți se reduc la cuvinte, reușește să păstreze măcar distanța fizică față de ei, indiferent cât de dezgustătoare ar fi porunca sau afirmația.

Individul dintr-o instituție totală se poate găsi în situația de a i se interzice chiar și acest tip de distanță protectoare și de acțiune independentă. Mai ales în spitalele de psihiatrie și în închisorile

1. Hulme, *op. cit.*, p. 18; Orwell, *op. cit.*, p. 521.
2. Hassler, *op. cit.*, p. 78; Johnson și Dodds, *op. cit.*, p. 17.
3. Aceasta este o sursă de înjosire pe care civilii o exercită asupra lor înșiși în timpul vacanțelor petrecute cu cortul, în natură, poate în virtutea presupunerii că se poate obține o nouă imagine de sine prin renunțarea voluntară la unele elemente de confort anterioare cu valoare de autodefinire.
4. Kogon, *op. cit.*, p. 66.
5. *Ibidem*, p. 61.
6. *Ibidem*, p. 78.

politice, afirmaţiile pe care le face individul pot fi desconsiderate, privite drept simple simptome, personalul acordând atenţie aspectelor nonverbale ale răspunsurilor sale[1]. Deseori este considerat ca având un asemenea statut inferior în raport cu comportamentele rituale, încât nu merită nici măcar formulele minime de salut, cu atât mai puţin să fie ascultat[2]. La fel, instituţionalizatul se poate confrunta cu o utilizare retorică a limbajului : întrebări de genul „Te-ai spălat ?” sau „Ţi-ai pus amândoi ciorapii ?” pot fi însoţite de acţiuni simultane de verificare din partea personalului, acţiuni care pun în evidenţă în mod fizic faptele respective şi fac inutile întrebările formulate verbal. În loc să i se ceară să se deplaseze într-o anumită direcţie şi cu o anumită viteză, individul poate fi împins, tras (în cazul pacienţilor psihiatrici îmbrăcaţi în cămaşă de forţă) sau dus cu mâinile ţinute ferm la spate de către paznic. În sfârşit, după cum vom vedea ulterior, instituţionalizatul poate descoperi existenţa unui limbaj dual, elementele de disciplinare fiind traduse de angajaţii instituţiei într-o formulare idealizată, care parodiază folosirea normală a limbajului.

A doua consideraţie generală priveşte motivaţia fundamentală folosită pentru atacurile la adresa eului. Această chestiune tinde să plaseze instituţiile totale şi instituţionalizaţii în trei grupe diferite.

În instituţiile religioase, implicaţiile pentru eu ale rânduielilor din mediul de viaţă sunt recunoscute explicit :

> Aceasta este însemnătatea vieţii contemplative şi raţiunea tuturor micilor reguli şi principii, şi pósturi, şi comportamente de supunere, şi penitenţe, şi umilinţe, şi munci grele, aparent lipsite de sens, care alcătuiesc rutina existenţei într-o mănăstire dedicată contemplării : toate acestea au menirea de a ne reaminti ce suntem noi şi cine este Dumnezeu, aşa încât să ne scârbim de noi înşine şi să ne întoarcem către El ; iar la sfârşit, îl vom găsi pe El în noi înşine, în firea noastră purificată, care a devenit oglinda nesfârşitei Lui bunătăţi şi a neţărmuritei Lui iubiri [...][3].

Instituţionalizaţii, dar şi membrii personalului caută în mod activ aceste limitări aplicate eului, astfel că înjosirea este completată prin autoînjosire, restricţiile – prin renunţări, bătăile – prin autoflagelare, interogatoriile – prin mărturisiri. Pentru că aşezămintele religioase

---

1. Vezi Alfred H. Stanton şi Morris S. Schwartz, *The Mental Hospital* (Basic Books, New York, 1954), pp. 200, 203, 205-206.
2. Pentru un exemplu de asemenea tratament impersonal, vezi Johnson şi Dodds, *op. cit.*, p. 122.
3. Merton, *op. cit.*, p. 372.

se preocupă în mod explicit de procesele de mortificare, ele au o valoare deosebită pentru cei care studiază fenomenul.

În lagărele de concentrare și, într-o mai mică măsură, în închisori, unele umilințe par a fi puse la cale doar pentru puterea lor înjositoare sau în principal pentru aceasta – cazul urinării pe trupul deținutului ; dar aici, instituționalizatul nu îmbrățișează procesul de distrugere a eului său și nici nu-l facilitează.

În multe dintre celelalte instituții totale, înjosirile sunt motivate oficial pe alte temeiuri, cum ar fi rațiunile sanitare (legate de curățarea latrinelor prin rotație), responsabilitatea pentru viață (legată de hrănirea forțată), pregătirea pentru luptă (legată de regulile militare privind ținuta corporală și vestimentară), „siguranța" (legată de regulamentele restrictive din închisori).

Însă în toate cele trei tipuri de instituții totale, diferitele temeiuri pentru înjosirea eului sunt, foarte des, simple raționalizări, determinate de eforturile de administrare a activității cotidiene a unui număr mare de persoane, într-un spațiu limitat și cu cât mai puține resurse cheltuite. În plus, limitări ale eului survin în toate trei tipurile, chiar și în cele în care individul cooperează, iar conducerea instituției are preocupări ideale pentru bunăstarea lui.

Am discutat două chestiuni : sentimentul de ineficiență personală al instituționalizatului și raportul dintre propriile sale dorințe și interesele ideale ale instituției. Legătura dintre aceste două chestiuni este variabilă. Persoanele pot alege în mod voluntar să intre într-o instituție totală, după care, spre regretul lor, nu mai sunt în măsură să ia decizii importante. În alte cazuri, mai ales cel al instituțiilor religioase, instituționalizatul poate porni cu dorința conștientă de a fi deposedat și purificat de voința personală și poate păstra această dorință. Instituțiile totale au un efect dezastruos pentru eul civil al instituționalizatului, deși atașamentul lui față de acest eu civil poate să varieze considerabil.

Procesele de înjosire pe care le-am pus în discuție au de-a face cu implicațiile privitoare la eu pe care persoanele orientate spre un anumit limbaj expresiv le pot deduce din înfățișarea, din comportarea și din situația generală a unui individ. În acest context, aș vrea să iau în discuție o a treia și ultimă chestiune : relația dintre acest cadru de interacțiune simbolică în care se poate discuta soarta eului și cadrul convențional, psihofiziologic, centrat pe noțiunea de stres.

Elementele fundamentale cu privire la eu, în această lucrare, sunt formulate dintr-o perspectivă sociologică, ele conducând de fiecare dată la o descriere a măsurilor instituționale care delimitează prerogativele personale ale unui membru al instituției. Desigur, este implicată și o premisă psihologică ; invariabil, sunt puse în joc procesele

cognitive, căci rânduielile sociale trebuie „citite” de individ și de ceilalți pentru a se deduce imaginea de sine pe care o sugerează. Dar, așa cum am argumentat, relația procesului cognitiv cu alte procese psihologice variază mult; în concordanță cu limbajul expresiv general al societății noastre, raderea părului de pe cap este percepută, fără îndoială, ca o reducere a eului, dar dacă această umilire ar putea să înfurie un pacient psihiatric, pe un călugăr l-ar putea mulțumi.

Foarte probabil, înjosirea sau reducerea eului îi provoacă individului un stres psihologic acut, dar, în cazul unui om dezgustat de lumea în care trăiește sau măcinat de vinovăție, ele pot aduce o alinare psihică. Mai mult, stresul psihologic creat deseori de agresiunile la adresa eului poate fi produs și de chestiuni care nu sunt percepute ca înrudindu-se cu teritoriile eului, cum ar fi imposibilitatea de a dormi, hrana insuficientă sau amânarea luării deciziilor. La fel, un nivel ridicat de anxietate ori lipsa unor materiale care servesc fantezia, cum ar fi filmele sau cărțile, pot amplifica în mod considerabil efectul psihologic al încălcării granițelor eului, dar în sine, acești factori favorizați nu au nimic de-a face cu înjosirea eului. Așadar, din punct de vedere empiric, studiul stresului și cel al încălcării granițelor eului vor fi adesea intercorelate, dar, din punct de vedere analitic, sunt implicate două cadre teoretice diferite.

V

În timp ce se desfășoară procesul de înjosire, instituționalizatul începe să primească o instruire oficială, dar și neoficială cu privire la ceea ce vom numi „sistemul de privilegii”. În măsura în care atașamentul instituționalizatului față de eul său civil a fost clătinat prin procesele de despuiere inițiate de instituție, sistemul de privilegii este, în mare măsură, cel care furnizează cadrul necesar pentru reorganizarea personală. Pot fi amintite trei elemente de bază ale sistemului.

În primul rând sunt „regulile casei”, un set de recomandări și interdicții relativ explicite și oficiale care descriu principalele cerințe cu privire la comportamentul instituționalizatului. Aceste reguli descriu ciclul de viață auster al individului. Procedurile de la intrarea în instituție, care îl deposedează pe nou-venit de elementele de sprijin pe care le-a folosit anterior, pot fi privite ca fiind modalitatea prin care instituția îl pregătește să înceapă a trăi în conformitate cu regulile casei.

În al doilea rând, pe acest fundal dezolant se profilează un număr mic de recompense și privilegii clar definite, care se pot dobândi ca

urmare a supunerii, în acţiune şi în atitudine, faţă de personalul instituţiei. Este important să arătăm că multe dintre aceste recompense potenţiale sunt extrase din mulţimea elementelor de sprijin pe care individul instituţionalizat le considera fireşti înainte. În lumea din afară, spre exemplu, probabil că individul se putea hotărî spontan cum vrea să bea cafeaua, dacă să aprindă o ţigară sau când să vorbească ; în instituţie, astfel de drepturi pot deveni problematice. Prezentate instituţionalizatului ca posibilităţi, aceste puţine elemente redobândite par să aibă un efect reintegrator, restabilind unele legături cu întreaga lume pierdută şi moderând simptomele de sevraj apărute prin pierderea lumii personale anterioare, dar şi prin pierderea eului corespunzător acelei lumi. Mai ales la început, atenţia instituţionalizatului ajunge să se fixeze pe aceste bunuri şi să stăruie obsesiv asupra lor. Individul îşi poate petrece întreaga zi, ca un fanatic, cu gânduri pătimaşe despre posibilitatea de a obţine aceste recompense ori gândindu-se la apropierea orei la care este programată dobândirea lor. Un exemplu tipic îl găsim în relatarea lui Melville despre viaţa în marina militară :

> În Marina Americană, legea permite fiecărui membru al echipajului să consume zilnic câte un „gill" [măsură de capacitate echivalentă cu 0,142 l în Anglia şi cu 0,118 l în Statele Unite – n.t.] de alcool, servit în două porţii, înainte de micul dejun şi de masa de prânz. La auzul bătăilor de tobă, marinarii se adună în jurul unui poloboc pântecos plin cu delicioasa băutură ; şi, în timp ce un aspirant îi strigă pe nume, ei se prezintă şi beau dintr-o căniţă de tablă. Nici un aristocrat care soarbe vin de Tokay dintr-un pocal scânteietor nu-şi linge buzele cu o satisfacţie mai mare decât o face matelotul, bând din căniţa lui. Multora dintre marinari, gândul la această căniţă zilnică le deschide orizontul unor peisaje mirifice, desfăşurându-se la nesfârşit. E marea „perspectivă a vieţii lor". Ia-le grogul, şi viaţa nu mai are pentru ei nici un farmec[1].
>
> Una dintre cele mai curente pedepse date pentru abaterile foarte mărunte săvârşite de marinari este să li se „taie" grogul timp de o zi sau de o săptămână. Cum mai toţi marinarii ţin la grogul lor, ei văd în asta o pedeapsă foarte aspră. Îi auzi uneori spunând : „Mai bine mi-ar lua aerul decât grogul !"[2].

---

1. Melville, *op. cit.*, pp. 62-63. [versiunea în limba română : *op. cit.*, vol. I, pp. 89-90 – n.t.]
2. *Ibidem*, p. 140. [versiunea în limba română : *op. cit.*, vol. I, p. 199 – n.t.] Pentru exemple ale aceluiaşi proces în lagărele pentru prizonieri de război, vezi Edgar H. Schein, „The Chinese Indoctrination Program for Prisoners of War", *Psychiatry*, XIX (1956), pp. 160-161.

Construirea unei lumi întregi în jurul acestor privilegii minore constituie, poate, cea mai importantă trăsătură a culturii instituționalizaților – și totuși, este un lucru greu de apreciat de către cei din afară, chiar și de către cei care au traversat ei înșiși asemenea experiențe în trecut. Această preocupare pentru privilegii conduce uneori la împărțirea generoasă a resurselor respective între instituționalizați; aproape întotdeauna, îi determină să se arate dispuși să se roage pentru a primi lucruri ca țigările, dulciurile sau ziarele. În mod lesne de înțeles, conversațiile instituționalizaților se învârt deseori în jurul „reveriei marii petreceri de după eliberare", adică o enumerare a tuturor lucrurilor pe care le va face individul în timpul permisiei sau la eliberarea din instituție. Această reverie se asociază cu sentimentul că civilii nu apreciază cât de minunată este viața pe care o duc[1].

Al treilea element din sistemul de privilegii îl constituie pedepsele; ele sunt concepute drept consecințe ale încălcării regulilor. Un set de pedepse constă în retragerea temporară sau permanentă a privilegiilor ori în anularea dreptului individului de a încerca să le obțină. În general, pedepsele aplicate în instituțiile totale sunt mult mai severe decât cele trăite de individ în lumea sa de origine. În orice caz, condițiile în care câteva privilegii controlate cu ușurință capătă o importanță foarte mare sunt aceleași condiții în care pierderea acestor privilegii are o semnificație groaznică.

Sistemul de privilegii are câteva trăsături speciale, care merită să fie remarcate.

În primul rând, pedepsele și privilegiile reprezintă, în sine, moduri de organizare proprii instituțiilor totale. Pedepsele, indiferent de gravitatea lor, sunt cunoscute în general în lumea de origine a instituționalizatului drept măsuri care se aplică animalelor și copiilor; acest model de condiționare comportamentală nu se aplică la scară largă adulților, căci, de cele mai multe ori, neîncadrarea în standardele impuse determină consecințe dezavantajoase indirecte și nu pedepse imediate, specifice[2]. Iar privilegiile din instituțiile totale, trebuie subliniat, nu constau în indemnizații speciale, în favoruri sau în valori, ci doar în absența privațiunilor pe care individul, în mod normal, nu se așteaptă să fie nevoit a le suporta. Conceptele înseși de pedeapsă și privilegiu nu sunt cele croite din stofa vieții civile.

---

1. În mod interesant, uneori există și un corespondent, marea petrecere dinaintea intrării în instituție, în timpul căreia viitorul instituționalizat se dedă la activități despre care știe că, în scurt timp, nu-i vor mai fi accesibile. Pentru un exemplu privitor la călugărițe, vezi Hulme, *op. cit.*, p. 7.
2. Vezi S.F. Nadel, „Social Control and Self-Regulation", *Social Forces*, XXXI (1953), pp. 265-273.

În al doilea rând, chestiunea eliberării din instituția totală este introdusă și detaliată în sistemul de privilegii. Anumite acțiuni devin cunoscute drept mijloace care determină o prelungire sau care nu determină o reducere a perioadei de ședere în instituție, în timp ce altele devin cunoscute drept mijloace de a reduce respectiva perioadă.

În al treilea rând, pedepsele și privilegiile pot fi adaptate și introduse în sistemul de muncă din instituție. Locurile unde se muncește și locurile unde se doarme ajung să fie clar definite drept locuri unde se obțin anumite tipuri și niveluri de privilegii, iar indivizii sunt mutați foarte des, în mod vizibil, dintr-un loc în altul, aceasta fiind o modalitate administrativă de a-i pedepsi ori de a le răsplăti purtarea cooperantă. Instituționalizații sunt mutați, dar sistemul rămâne fix. Ca urmare, ne putem aștepta la o anumită specializare spațială, o secție sau o baracă dobândind reputația de loc de pedeapsă pentru instituționalizații deosebit de recalcitranți, în timp ce anumite îndatoriri ale gardienilor ajung să fie recunoscute drept pedepse pentru membrii personalului.

Sistemul de privilegii este alcătuit dintr-un număr redus de componente grupate pe baza unui scop rațional și aduse clar la cunoștința participanților. Consecința globală este obținerea cooperării din partea persoanelor care, deseori, s-au arătat necooperante[1]. O ilustrare a acestui univers-model poate fi găsită într-un studiu recent asupra unui spital de psihiatrie de stat:

> Autoritatea îngrijitorului în manevrarea sistemului său de control este susținută atât de o putere pozitivă, cât și de una negativă. Această putere constituie un element esențial pentru controlul pe care-l exercită asupra secției pe care o are în grijă. El poate să-i acorde pacientului privilegii, dar poate și să-l pedepsească. Privilegiile constau în a avea cel mai bun loc de muncă, o cameră și un pat de mai bună calitate, elemente minore de lux, cum ar fi cafeaua, ceva mai mult respect al intimității decât majoritatea pacienților,

1. Ca amendament, s-a argumentat că, în anumite cazuri, acest sistem nu este prea eficient sau nu este prea mult folosit. În unele închisori, recompensele extrase din categoria expectațiilor obișnuite sunt acordate încă de la pătrunderea în instituție și nu există posibilitatea unor prea mari îmbunătățiri oficiale a situației instituționalizaților, singura modificare posibilă de statut presupunând pierderea unor privilegii (Sykes, *op. cit.*, pp. 51-52). S-a mai argumentat că, dacă individul instituționalizat pierde prea multe, atunci, în loc să pună preț pe ceea ce i-a rămas, poate ajunge să nu mai vadă prea mare diferență între starea în care se află și pierderea completă a drepturilor, astfel încât încetează să mai fie obiect al puterii personalului de a-l motiva să se supună, mai ales dacă nesupunerea îi poate aduce prestigiu în grupul tovarășilor săi (*ibidem*).

> posibilitatea de a părăsi secția fără supraveghere, mai mult acces decât pacienții obișnuiți la tovărășia îngrijitorului sau la personalul specializat, cum ar fi medicii, și unele aspecte intangibile, dar vitale, precum acela de a fi tratat cu bunătate și respect.
>
> Pedepsele pe care le poate aplica îngrijitorul de secție sunt : suspendarea tuturor privilegiilor, abuzul psihic, cum ar fi ridiculizarea și ironia răutăcioasă, pedepse corporale moderate sau, uneori, drastice ori amenințarea cu astfel de pedepse, închiderea pacientului într-o cameră de izolare, refuzul sau perturbarea accesului la personalul specializat, amenințarea de a pune pacientul pe lista pentru terapie cu electroșocuri sau chiar punerea lui pe listă, transferarea pacientului în pavilioane indezirabile și atribuirea cu regularitate a unor sarcini neplăcute, cum ar fi aceea de a curăța murdăria altora[1].

O situație asemănătoare poate fi găsită în închisorile britanice, unde se folosește „sistemul cu patru stadii", în fiecare stadiu crescând salarizarea pentru munca prestată, timpul petrecut împreună cu ceilalți deținuți, accesul la presa scrisă, dreptul de a lua masa în grup și perioadele de recreere[2].

Sistemului de privilegii i se asociază anumite procese importante din viața instituțiilor totale.

Se dezvoltă un „jargon instituțional" cu ajutorul căruia instituționalizații descriu evenimentele de maximă importanță din lumea lor. Personalul, mai ales cel de la niveluri inferioare, va ajunge să cunoască, la rândul său, acest limbaj și să-l folosească atunci când discută cu instituționalizații, revenind la vorbirea standardizată când se adresează superiorilor sau celor din afară. O dată cu jargonul, instituționalizații ajung să cunoască diferitele ranguri ale funcționarilor și alte informații despre aceștia, dobândind o cantitate considerabilă de cunoștințe cu privire la instituția în cauză și unele informații comparative cu privire la viața din alte instituții totale similare.

În plus, membrii personalului și instituționalizații vor fi cât se poate de conștienți de ceea ce se numește, în spitalele de psihiatrie, în închisori și în cazărmi, „a o da în bară". „Datul în bară" presupune un proces complex de angajare într-o activitate interzisă (inclusiv, uneori, o tentativă de evadare), urmată de prinderea în flagrant și primirea pedepsei maxime. De obicei survine o modificare a situației privilegiilor, descrisă prin expresii ca „a fi desființat". Cele mai frecvente infracțiuni în urma cărora un instituționalizat o poate da în bară sunt : încăierările, beția, tentativa de sinucidere, nereușita la examene, jocurile de noroc, nesupunerea, homosexualitatea, ieșirea

1. Belknap, *op. cit.*, p. 164.
2. Spre exemplu, Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, pp. 99-100.

de pe teritoriul instituției fără permisiune și participarea la acțiuni colective de revoltă. Deși aceste infracțiuni sunt atribuite, de obicei, perversității, răutății extreme sau „minții bolnave” a vinovatului, ele alcătuiesc de fapt un set de acțiuni instituționalizate, însă unul limitat, astfel că același mod de a o da în bară poate să survină din diferite motive. Instituționalizații și personalul pot să accepte tacit, de exemplu, că un anumit mod de a o da în bară este mijlocul prin care individul respectiv își manifestă protestul față de o situație considerată nedreaptă din punctul de vedere al acordurilor neoficiale dintre personal și instituționalizați[1] sau prin care își amână eliberarea, fără a fi nevoit să recunoască în fața tovarășilor că nu vrea să plece din instituție. Indiferent ce înțeles li se atribuie, cazurile de „dat în bară” au unele funcții sociale importante în instituție. Ele tind să limiteze rigiditățile care ar surveni dacă singurul mecanism de mobilitate în sistemul privilegiilor ar consta din statutul superior obținut prin vechime ; în plus, retrogradarea în urma „datului în bară” îi pune în contact pe indivizii cu vechime în instituție cu proaspeții veniți, aflați în poziții lipsite de privilegii, ceea ce asigură circuitul informațional privind sistemul și oamenii din sistem.

În instituțiile totale mai există și un sistem care poate fi numit „al adaptărilor secundare”, adică practici care nu provoacă în mod direct personalul, dar le permit instituționalizaților să obțină satisfacții interzise ori să obțină satisfacții permise, dar prin mijloace interzise. Aceste practici sunt numite în diferite feluri : „secretele cunoscătorilor”, „a cunoaște sforăriile”, „șmecherii”. Astfel de adaptări par să-și găsească expresiile cele mai rafinate în închisori, dar, firește, și în alte instituții totale se găsesc din abundență[2]. Adaptările secundare îi furnizează instituționalizatului dovezi importante cum că este, în continuare, stăpânul propriei vieți și mai păstrează un oarecare control asupra mediului în care se află ; uneori, o adaptare secundară devine aproape un fel de locuință pentru eu, o *churinga* în care se consideră că sălășluiește sufletul[3].

---

1. Pentru bibliografie, vezi Morris G. Caldwell, „Group Dynamics in the Prison Community”, *Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science*, XLVI (1956), p. 656.
2. De exemplu, vezi Norman S. Hayner și Ellis Ash, „The Prisoner Community as a Social Group”, *American Sociological Review*, IV (1939), pp. 364 și urm., la procesele de „conspirație” ; vezi și Caldwell, *op. cit.*, pp. 650-651.
3. Vezi, spre exemplu, descrierea amplă făcută de Melville luptei duse de tovarășii săi, marinarii, pentru a nu li se tunde barba, tunsul fiind în conformitate cu regulamentele marinei militare. Melville, *op. cit.*, pp. 333-347. [versiunea în limba română : *op. cit.*, vol. II, pp. 208-229 – n.t.]

Din prezența adaptărilor secundare putem deduce faptul că grupul instituționalizaților și-a format un anumit cod și anumite mijloace de control social neoficial pentru a-l împiedica pe unul dintre instituționalizați să informeze personalul cu privire la adaptările secundare ale altuia. Pe același temei, ne putem aștepta ca unul dintre criteriile împărțirii instituționalizaților pe tipuri sociale să constea tocmai în chestiunea siguranței, conducând la etichetarea persoanelor drept „ciripitori", „turnători" sau „căcăcioși", pe de o parte, și „tipi de treabă", pe de altă parte[1]. Dacă nou-veniții pot juca un rol în sistemul de adaptări secundare, alăturându-se unor facțiuni existente sau devenind parteneri sexuali, atunci „bun venitul" pe care îl primesc poate, într-adevăr, să constea într-o serie de favoruri și ademeniri inițiale în loc de privațiuni exagerate[2]. Tot din cauza adaptărilor secundare putem găsi, de asemenea, „stratificarea de bucătărie", un fel de stratificare rudimentară, în general neoficială, a instituționalizaților pe baza accesului diferențial la diverse produse ilicite disponibile ; și în acest caz găsim împărțirea socială pe tipuri, menită să desemneze persoanele importante în sistemul pieței neoficiale[3].

Dacă sistemul de privilegii pare să furnizeze principalul cadru de referință în interiorul căruia are loc realcătuirea eului, există și alți factori care conduc în mod caracteristic, pe alte căi, în aceeași direcție generală. Eliberarea de responsabilitățile economice și sociale – mult lăudată ca element terapeutic în spitalele de psihiatrie – este un asemenea factor, deși, în multe cazuri, se pare că acest moratoriu are un efect de dezorganizare mai consistent decât cel de organizare. Mai important din punctul de vedere al influenței reorganizatoare este procesul de fraternizare, prin care persoanele aflate la distanță socială unele de altele ajung să dezvolte sprijinul reciproc și niște contramoravuri comune în fața unui sistem care le-a obligat la intimitate și la împărtășirea unei sorți comune, egalitare[4]. Nou-venitul pornește

1. Vezi, spre exemplu, Donald Clemmer, „Leadership Phenomena in a Prison Community", *Journal of Criminal Law and Criminology*, XXVIII (1938), p. 868.
2. Vezi, spre exemplu, Ida Ann Harper, „The Role of the «Fringer» in a State Prison for Women", *Social Forces*, XXXI (1952), pp. 53-60.
3. Pentru lagărele de concentrare, vezi descrierea „persoanelor remarcabile" în Cohen, *op. cit.*, pe tot parcursul lucrării ; pentru spitalele psihiatrice, vezi Belknap, *op. cit.*, p. 189 ; pentru închisori, vezi prezentarea „politicienilor" în Donald Clemmer, *The Prison Community* (Christopher Publishing House, Boston, 1940), pp. 277-279 și 298-309 ; de asemenea, Hayner și Ash, *op. cit.*, p. 367, și Caldwell, *op. cit.*, pp. 651-653.
4. Pentru varianta acestei solidarități între instituționalizați întâlnită în academiile militare, vezi Dornbusch, *op. cit.*, p. 318.

deseori cu o preconcepție asemănătoare cu aceea a personalului cu privire la caracterul instituționalizaților; el ajunge să descopere că foarte mulți dintre tovarășii săi au toate caracteristicile unor ființe umane obișnuite, uneori cumsecade, care merită compasiune și sprijin. Delictele despre care se știe că le-au comis instituționalizații în lumea din afară încetează să mai constituie o modalitate eficientă de a le evalua calitățile personale, lecție pe care par s-o fi învățat în închisoare aceia care refuză să-și satisfacă serviciul militar din cauza convingerilor religioase ori politice[1]. Mai mult, dacă instituționalizații sunt persoane acuzate de a fi comis vreun fel de crime împotriva societății, în acest caz, nou-sosiții, deși uneori sunt, de fapt, nevinovați, pot ajunge să împărtășească atât sentimentele de vinovăție ale camarazilor săi, cât și mijloacele lor de apărare, bine elaborate, împotriva acestor sentimente. Tind să se dezvolte un simțământ de nedreptate comună și un simțământ de ostilitate la adresa lumii din afară, ceea ce marchează o cotitură importantă în evoluția morală a instituționalizatului. Această reacție la vinovăția resimțită și la privațiunile masive este cel mai bine ilustrată, poate, în viața din închisoare:

> În conformitate cu raționamentele lor, după ce infractorul a fost supus unor pedepse nedrepte sau excesive și unor tratamente mai degradante decât cele prescrise de lege, individul ajunge să-și justifice fapta pe care n-ar fi putut-o justifica atunci când a comis-o. Se hotărăște să „plătească polițele” pentru tratamentul nedrept suportat în închisoare și trece la represalii, prin noi infracțiuni, cu prima ocazie. *Prin această decizie, el devine infractor*[2].

Un bărbat care a refuzat să-și satisfacă stagiul militar datorită convingerilor sale ne oferă o declarație similară din propria experiență:

> Un aspect pe care vreau să-l amintesc aici este dificultatea ciudată pe care o întâmpinam cu privire la a mă simți eu însumi nevinovat. Am observat că e foarte ușor să accept ideea că plătesc pentru

1. Vezi Hassler, *op. cit.*, pp. 74, 117. În spitalele psihiatrice, desigur, dușmănia resimțită de pacient față de membrii personalului se sprijină, printre altele, pe descoperirea faptului că, la fel ca el însuși, mulți alți pacienți arată mai degrabă a persoane obișnuite decât a altceva.
2. Richard McCleery, *The Strange Journey*, University of North Carolina Extension Bulletin, XXXII (1953), p. 24 (sublinierea autorului). Brewster Smith (în Stoufer, *op. cit.*) sugerează că, o dată cu decizia că, prin stagiul în tabăra de instruire pentru ofițeri, și-a „câștigat” drepturi care le depășesc pe cele ale soldaților de rând, ofițerul aspirant devine ofițer. Suferințele îndurate în tabără pot fi folosite drept justificare pentru plăcerile prilejuite de postul de comandă.

> același fel de fapte rele de care sunt acuzați și ceilalți oameni de aici și că trebuie să-mi reamintesc din când în când că un guvern care crede cu adevărat în libertatea spiritului n-ar trebui să bage oamenii la închisoare pentru că o practică. Prin urmare, indignarea pe care o resimt față de practicile din închisoare nu este indignarea nevinovatului persecutat, nici a martirului, ci a vinovatului care consideră că pedeapsa lui e mai mare decât ceea ce merită și că *o aplică oameni care, la rândul lor, sunt vinovați*. Acest din urmă aspect este unul pe care toți deținuții îl resimt din plin și constituie sursa cinismului profund care există în închisoare[1].

O afirmație mai generală poate fi obținută de la două persoane care au studiat același tip de instituție totală:

> În multe privințe, sistemul social al instituționalizaților poate fi considerat ca oferind un mod de viață care le permite acestora să evite efectele psihologice devastatoare ale internalizării respingerii sociale și ale convertirii ei în respingere de sine. Practic, îi permite instituționalizatului să-i respingă pe cei care-l resping pe el, în loc să se respingă pe sine[2].

În aceasta constă, desigur, ironia unei politici întru câtva terapeutice și permisive: instituționalizatul devine mai puțin capabil să-și protejeze eul îndreptându-și ostilitatea către ținte externe[3].

Există o adaptare secundară ce reflectă cât se poate de clar procesul de fraternizare și respingerea personalului instituției, anume tachinarea colectivă. Deși prin sistemul de pedepse și recompense se poate răspunde infracțiunilor individuale ai căror făptași pot fi identificați, solidaritatea instituționalizaților este suficient de puternică pentru a susține gesturi de sfidare anonimă sau în masă. Astfel de gesturi sunt: strigarea de sloganuri[4], huiduielile[5], bătutul cu tăvile de mâncare în masă, respingerea hranei de către întregul colectiv și sabotajele de mici proporții[6]. Aceste acțiuni tind să ia forma „obținerii reacției": un paznic, un gardian ori un îngrijitor sau chiar întregul personal este ținta tachinării, a ironiilor sau a altor forme de abuz

---

1. Hassler, *op. cit.*, p. 97 (sublinierea autorului).
2. Lloyd W. McCorkle și Richard Korn, „Resocialization Within Walls", *The Annals*, CCXCIII (mai 1954), p. 88.
3. Acest aspect este discutat incisiv în *ibidem*, p. 95.
4. Cantine și Rainer, *op. cit.*, p. 59; vezi și Norman, *op. cit.*, pp. 56-57.
5. Cantine și Rainer, *op. cit.*, pp. 39-40.
6. „Resistance in Prison", de Clif Bennett, în Cantine și Rainer, *op. cit.*, pp. 3-11, oferă o utilă trecere în revistă a tehnicilor de tachinare colectivă.

minor, până când își pierde stăpânirea de sine în oarecare măsură și se angajează în măsuri de neutralizare lipsite de eficiență.

Pe lângă fraternizarea tuturor deținuților, este probabil să aibă loc formarea unor legături mai diferențiate. Uneori, solidaritatea specială cuprinde o întreagă zonă delimitată fizic, cum ar fi o secție sau o baracă, ai cărei locatari se percep ca fiind manevrați ca o unitate compactă și, ca urmare, au un puternic simțământ al destinului comun. Lawrence ne oferă o descriere ilustrativă a „grupurilor administrate" din Forțele Aeriene:

> Peste baraca noastră plutește mereu râsul – prostesc, e drept, dar ce contează? Adună laolaltă cincizeci și ceva de indivizi, străini unii de alții în toate privințele, într-o încăpere închisă, timp de douăzeci de zile; supune-i unei discipline noi, arbitrare: obosește-i cu sarcini murdare, lipsite de rațiune, inutile, dar solicitante... dar între noi nu s-a rostit nici o vorbă aspră. Asemenea libertate a trupului și a spiritului, asemenea vigoare activă, curățenie și voie bună n-ar fi putut să existe decât în condițiile unei sclavii comune[1].

Desigur că se găsesc și grupuri mai mici: clici, legături sexuale mai mult sau mai puțin stabile și, poate cele mai importante, „camaraderiile", situațiile în care doi instituționalizați ajung să fie recunoscuți de către ceilalți drept „camarazi" sau „tovarăși" și ajung să se bizuie unul pe celălalt pentru o gamă largă de modalități de sprijin concret și afectiv[2]. Deși aceste prietenii între doi indivizi beneficiază uneori de recunoaștere cvasioficială, ca în situațiile când un șef de echipaj stabilește ca tovarășii să facă de cart împreună[3], reacția la implicarea profundă în relație poate consta, de asemenea, dintr-un fel de tabu instituțional al incestului, care are menirea de a împiedica diadele să-și creeze propria lume în interiorul instituției. De fapt, în anumite instituții totale, personalul consideră că solidaritatea între grupurile de instituționalizați poate constitui punctul de plecare pentru activități concertate, interzise de reguli și, ca urmare, încearcă în mod conștient să împiedice formarea grupurilor primare.

1. Lawrence, *op. cit.*, p. 59 (punctele de suspensie există în original).
2. Spre exemplu, Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 30. Behan, *op. cit.*, furnizează pe tot parcursul lucrării sale numeroase date cu privire la relația dintre tovarăși sau camarazi.
3. S.A. Richardson, *The Social Organization of British and United States Merchant Ships* (monografie nepublicată, disponibilă la Facultatea pentru Relații Industriale și Sindicale, Universitatea Cornell, New York, 1954, p. 17).

VI

Deși tendințele de solidarizare, ca fraternizarea și formarea clicilor, există, ele sunt limitate. Constrângerile care-i pun pe instituționalizați în situația de a simpatiza și de a comunica între ei nu determină în mod necesar un moral ridicat și o solidaritate ridicată la nivelul grupului. În anumite lagăre de concentrare și pentru prizonieri de război, individul nu se poate baza pe semenii săi, care ar putea să-l fure, să-l atace și să-l toarne, această situație ducând la ceea ce unii dintre cercetătorii fenomenului numesc „anomie”[1]. În spitalele de psihiatrie, diadele și triadele pot avea secrete față de autorități, dar orice lucru cunoscut de o întreagă secție va ajunge, foarte probabil, la cunoștința îngrijitorului. (În închisori, desigur, organizarea prizonierilor s-a dovedit uneori suficient de puternică pentru a declanșa greve și insurecții de scurtă durată; în lagărele pentru prizonieri de război a fost posibilă uneori organizarea unor grupuri mari de prizonieri pentru a pregăti evadarea[2]; în lagărele de concentrare au existat perioade de organizare clandestină minuțioasă[3]; pe nave au existat revolte; dar aceste acțiuni concertate par să constituie excepția, și nu regula.) Dar, cu toate că, de obicei, în instituțiile totale există o redusă loialitate față de grup, așteptarea ca loialitatea față de grup să prevaleze formează o parte din cultura instituționalizaților și se află la baza ostilității față de cei care încalcă solidaritatea de grup.

Sistemul privilegiilor și procesele de înjosire prezentate anterior reprezintă condițiile la care instituționalizații trebuie să se adapteze. Pe lângă orice încercare de acțiune subversivă colectivă, aceste condiții pot fi abordate în diferite moduri individualiste. Un instituționalizat va folosi diferite strategii personale de adaptare în diferitele faze ale evoluției sale morale și ar putea chiar să folosească alternativ diferite tactici în același timp.

În primul rând, există tactica „retragerii situaționale”. Instituționalizatul încetează să mai acorde atenție vizibilă exteriorului, cu excepția întâmplărilor din imediata sa apropiere, iar pe acestea le

---

1. O prezentare completă a acestei teme poate fi găsită în D. Cressey și W. Krassowski, „Inmate Organization and Anomie in American Prisons and Soviet Labor Camps”, *Social Problems*, V (iarna 1957-1958), pp. 217-230.
2. Vezi, de exemplu, P.R. Reid, *Escape from Colditz* (Berkley Publishing Corp., New York, 1956).
3. Vezi Paul Foreman, „Buchenwald and Modern Prisoner-of-War Detention Policy”, *Social Forces*, XXXVII (1959), pp. 289-298.

privește dintr-o perspectivă pe care ceilalți aflați de față nu o folosesc. Această micșorare drastică a implicării în interacțiune este cel mai bine cunoscută, desigur, în spitalele de psihiatrie, sub denumirea de „regresie”. Unele aspecte ale „psihozei de detenție” sau ale „reacției minimale” constituie aceeași modalitate de adaptare[1] ca și unele forme de „depersonalizare acută” descrise în lagărele de concentrare și „cisternita” întâlnită, după câte se pare, printre marinarii cu vechime din marina comercială[2]. Nu cred să se știe dacă această cale de adaptare formează un singur continuum cu mai multe grade de retragere din realitate sau dacă există niveluri standard, de platou, ale lipsei de implicare. Date fiind presiunile necesare, după toate aparențele, pentru a desprinde un instituționalizat din respectiva stare, ca și instrumentele concrete, actualmente extrem de limitate, folosite în acest scop, această cale de adaptare este, adesea, cu totul ireversibilă.

În al doilea rând, există „tactica inflexibilă”: individul provoacă intenționat instituția, refuzând în mod flagrant să coopereze cu personalul[3]. Rezultatul constă într-o inflexibilitate permanent comunicată și, uneori, un moral ridicat la nivel individual. Numeroase spitale de psihiatrie mari, spre exemplu, au secții unde predomină acest spirit. Respingerea susținută a unei instituții totale necesită adesea o orientare susținută față de organizarea ei oficială și, prin urmare, paradoxal, un anumit fel de implicare profundă în instituția respectivă. În mod asemănător, când personalul adoptă ideea că instituționalizatul inflexibil trebuie adus pe calea cea bună (cum procedează uneori medicii psihiatri din spital care prescriu electroșocuri[4] sau tribunalele militare care recomandă închisoarea militară), atunci instituția îi arată rebelului tot atâta devotament aparte cât i-a arătat și el. În fine, deși se știe că unii prizonieri de război au adoptat o atitudine inflexibilă, neclintită, pe toată durata încarcerării lor, inflexibilitatea este, de cele mai multe ori, o fază inițială, temporară a reacției, după care instituționalizatul recurge la retragerea situațională sau la o altă cale de adaptare.

O a treia adaptare standard în lumea instituțională este „colonizarea”: individul ia mostra de elemente caracteristice lumii din

1. Pentru o prezentare inițială, vezi P. Nitsche și K. Wilmanns, *The History of Prison Psychosis*, Nervous and Mental Disease Monograph Series No. 13 (1912).
2. Richardson, *op. cit.*, p. 42.
3. Vezi, spre exemplu, prezentarea „potrivnicilor”, în Schein, *op. cit.*, pp. 166-167.
4. Belknap, *op. cit.*, p. 192.

afară furnizată de instituție ca reprezentând totalitatea lor și astfel, pe baza maximelor satisfacții procurabile în instituție, își construiește o existență stabilă și relativ mulțumitoare[1]. Experiența din lumea din afară este folosită ca termen de comparație, pentru a demonstra dezirabilitatea vieții în instituție; tensiunea obișnuită dintre cele două lumi suferă o diminuare importantă, contracarând schema motivațională bazată pe această discrepanță percepută, pe care am descris-o ca fiind proprie instituțiilor totale. În mod caracteristic, individul care adoptă această tactică prea evident poate fi acuzat de către tovarășii săi de detenție că „și-a găsit căminul" sau că „niciodată nu i-a fost atât de bine". Chiar și membrii personalului pot ajunge să se simtă oarecum stânjeniți de acest mod în care este folosită instituția, simțind că posibilitățile benigne ale situației sunt, cumva, utilizate în mod abuziv. Coloniștii se simt obligați să-și nege mulțumirea în raport cu instituția, chiar dacă numai pentru a susține contramoravurile pe care se sprijină solidaritatea instituționalizaților. Ar putea găsi de cuviință să o dea în bară chiar înainte de a fi eliberați, pentru a obține astfel un temei, aparent involuntar, pentru continuarea detenției. În mod semnificativ, angajații care încearcă să facă viața într-o instituție totală mai ușor de suportat trebuie să se confrunte cu posibilitatea că, astfel, ar putea să-i mărească atractivitatea și, în consecință, să mărească și probabilitatea colonizării.

O a patra modalitate de adaptare la contextul unei instituții totale este cea a „convertirii": individul pare să adopte concepția oficialităților sau a personalului instituției despre el însuși și încearcă să joace rolul instituționalizatului perfect. În timp ce instituționalizatul colonist își construiește un mediu cât mai liber, profitând de resursele limitate care-i stau la dispoziție, convertitul adoptă un stil mai disciplinat, moralist, monocrom, prezentându-se pe sine drept un individ al cărui entuziasm față de instituție se află întotdeauna la dispoziția personalului instituției. În lagărele chineze pentru prizonieri de război găsim americani care au devenit „pro" și au îmbrățișat pe de-a-ntregul concepția comunistă despre lume[2]. În cazărmile militare există soldați care dau impresia că mereu „ling tălpile" și mereu „se luptă să capete o promovare". În închisori există „cetățenii corecți". În lagărele germane de concentrare s-a întâmplat uneori ca unii prizonieri aflați de mult timp în detenție să ajungă să adopte vocabularul, postura, expresiile de agresivitate și stilul vestimentar al membrilor

1. În cazul spitalelor de psihiatrie, despre cei care adoptă această tactică se spune uneori că suferă de „spitalită".
2. Schein, *op. cit.*, pp. 167-169.

Gestapo, îndeplinind rolul „adjunctului" cu rigoare militară[1]. Unele spitale de psihiatrie au trăsătura caracteristică de a oferi două posibilități diferite de convertire : una pentru cei proaspăt internați, care ajung să „vadă lumina" după cuvenita luptă internă și să adopte concepția psihiatrică despre sine, și o alta pentru pacienții cronici, care adoptă stilul și vestimentația îngrijitorilor, ajutându-i să se ocupe de ceilalți pacienți și folosind o strictețe care uneori o depășește chiar pe cea a îngrijitorilor. Și, desigur, în unitățile de instruire a ofițerilor, găsim aspiranți care devin rapid „soldatul model" și îmbrățișează chinurile la care sunt supuși, chinuri pe care, în scurt timp, le vor putea provoca, la rândul lor, altora[2].

Iată un aspect semnificativ în funcție de care diferă instituțiile totale : multe dintre ele, cum ar fi spitalele de psihiatrie progresiste, navele comerciale, sanatoriile TBC și lagărele unde se practică „spălarea creierului", le oferă instituționalizaților ocazia de a se ridica la nivelul unui model comportamental în același timp ideal, dar și garantat de către personal, model considerat de adepții săi ca fiind spre binele persoanelor cărora le este aplicat ; alte instituții totale, cum sunt unele lagăre de concentrare și unele închisori, nu promovează oficial idealul pe care i se cere deținutului să-l asimileze.

Modalitățile de adaptare pe care le-am menționat reprezintă cursuri de acțiune coerente, dar puțini instituționalizați par să urmeze vreunul dintre ele prea mult timp. În majoritatea instituțiilor totale, cei mai mulți indivizi adoptă tactica numită de unii dintre ei „minimalizarea riscurilor". Aceasta presupune o combinație oarecum oportunistă de adaptări secundare, convertiri, colonizări și loialitate față de grup, astfel încât instituționalizatul să aibă șanse maxime, în condițiile particulare în care se află, de a ieși din instituție, în cele din urmă, nevătămat fizic și psihic[3]. De obicei, aflat între tovarășii săi de detenție, individul va susține contramoravurile și le va ascunde celorlalți cât de docil se poartă când se află doar cu angajații[4]. Instituționalizatul

1. Vezi Bruno Bettelheim, „Individual and Mass Behavior in Extreme Situations", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, XXXVIII (1943), pp. 447-451. Trebuie adăugat faptul că în lagărele de concentrare, colonizarea și convertirea par de multe ori să meargă mână-n mână. Vezi Cohen, *op. cit.*, pp. 200-203, unde se discută rolul deținut de „Kapo".
2. Brewster Smith (Stouffer, *op. cit.*), p. 390.
3. Vezi prezentarea „descurcăreților", în Schein, *op. cit.*, pp. 165-166, și Robert J. Lifton, „Home by Ship : Reaction Patterns of American Prisoners of War Repatriated from North Korea", *American Journal of Psychiatry*, CX (1954), p. 734.
4. Această purtare „cu două fețe" este foarte frecvent întâlnită în instituțiile totale. În spitalele de psihiatrie de stat studiate de autor, chiar și cei

care simulează minimalizarea riscurilor își subordonează contactele cu camarazii scopului superior de „a evita necazurile"; acești indivizi nu se oferă voluntar pentru nici o sarcină și pot învăța să-și reteze legăturile cu lumea din afară suficient pentru a conferi o realitate culturală lumii dinăuntru, dar nu îndeajuns pentru a se produce colonizarea.

Am prezentat câteva modalități adaptative la care pot recurge instituționalizații pentru a face față presiunilor existente într-o instituție totală. Fiecare tactică reprezintă o cale de a administra tensiunea dintre lumea de origine și lumea instituțională. Însă uneori lumea de origine a instituționalizatului a fost de așa natură încât l-a imunizat în fața lumii sumbre dinăuntru, iar acești indivizi n-au nevoie să ducă prea departe nici o stratagemă de adaptare. Unii pacienți psihiatrici din clasele inferioare, care au trăit toată viața în orfelinate, în școli de corecție și în închisori, tind să considere spitalul drept o altă instituție la care pot aplica tehnicile adaptative învățate și perfecționate în instituții similare. Pentru aceștia, minimalizarea riscurilor nu reprezintă o schimbare în evoluția lor morală, ci o aliniere care reprezintă deja o a doua natură. La fel, tinerii din insulele Shetland recrutați în serviciul marinei comerciale britanice par să nu se simtă prea amenințați de condițiile de viață dificile și de spațiile de locuit extrem de strâmte de la bordul navelor, pentru că viața pe insula lor natală e chiar și mai chinuită; deveniți marinari, acești tineri nu se plâng, fiindcă, din punctul lor de vedere, n-au motive să se plângă.

Un efect similar cu cel al imunizării îl obțin indivizii care beneficiază în instituție de compensații speciale sau de mijloace speciale de a se arăta insensibili la agresiuni. În perioada de început a lagărelor germane de concentrare, infractorii păreau să obțină o satisfacție compensatorie de pe urma faptului că trăiau laolaltă cu deținuții politici din clasele de mijloc[1]. La fel, vocabularul tipic claselor de

---

câțiva pacienți de elită aleși pentru a face psihoterapie individuală și, ca atare, aflați în cea mai prielnică poziție pentru a asimila concepția psihiatrică despre propria persoană, tind să-și prezinte părerea favorabilă despre psihoterapie doar membrilor grupului lor intim. Pentru o relatare a felului în care deținuții din închisorile militare își ascundeau față de colegii de detenție interesul față de „reprimirea" în armată, vezi comentariile lui Richard Cloward în „Prelegerea a Patra" din *New Perspectives for Research on Juvenile Delinquency*, editori Helen L. Witmer și Ruth Kotinsky, U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Children's Bureau Publication No. 356 (1956), mai ales p. 90.

1. Bettelheim, *op. cit.*, p. 425.

mijloc folosit în psihoterapia de grup și ideologia universală a „dinamicii psihice” le conferă unor pacienți din clasele inferioare, oameni cu ambiții și frustrări sociale, cel mai intim contact cu lumea aleasă din câte au avut vreodată. Convingerile religioase și politice puternice i-au ajutat pe adevărații credincioși să reziste la agresiunile dintr-o instituție totală. Refuzul de a vorbi limbajul membrilor personalului îi poate determina pe aceștia să-și abandoneze eforturile de a-i reforma pe respectivii instituționalizați, asupra cărora se exercită, în consecință, mai puține presiuni[1].

VII

În continuare, aș dori să iau în discuție unele teme dominante ale culturii instituționalizaților.

În primul rând, în numeroase instituții totale se naște un tip și un nivel aparte de preocupare față de sine. Situația instituționalizaților, inferioară în raport cu cea pe care o aveau în lumea din afară, stabilită inițial prin procesele de despuiere, creează o ambianță de eșec personal în care ideea căderii în dizgrație revine permanent. Ca reacție, individul tinde să alcătuiască o poveste, o istorie, o relatare tristă, un fel de lamentare și scuză în același timp, pe care o spune mereu tovarășilor săi pentru a-și explica situația inferioară actuală. Ca urmare, eul devine pentru instituționalizat subiectul predilect al conversațiilor și al preocupărilor sale, în mai mare măsură decât se întâmplă în lumea din afară, ceea ce duce la multă autocompătimire[2]. Deși personalul discreditează constant aceste povești, ascultătorii din rândul colegilor de detenție tind să se comporte cu mult tact, reprimându-și măcar parțial neîncrederea și plictiseala provocate de aceste litanii. Astfel, un fost deținut scrie:

> Chiar și mai impresionantă este delicatețea aproape general valabilă în ceea ce privește întrebările despre infracțiunile comise de ceilalți și refuzul de a stabili tipul de relație cu un alt deținut pe baza cazierului acestuia[3].

---

1. Astfel, Schein, *op. cit.*, p. 165 (notă de subsol), arată cum chinezii i-au lăsat în pace pe portoricani și pe alți prizonieri de război vorbitori de alte limbi decât engleza și le-au permis să-și alcătuiască o rutină viabilă din sarcini domestice.
2. Pentru exemple din închisori, vezi Hassler, *op. cit.*, p. 18; Heckstall-Smith, *op. cit.*, pp. 29-30.
3. Hassler, *op. cit.*, p. 116.

În mod asemănător, în spitalele de psihiatrie americane, codul intern al manierelor îi permite unui pacient să-l întrebe pe altul în ce secție și în ce clinică este internat și, de asemenea, de cât timp se află în spital, dar întrebările privitoare la motivele internării nu sunt puse prea degrabă, iar când sunt puse, versiunea subiectivă relatată în mai toate cazurile tinde să fie acceptată.

În al doilea rând, indivizii din multe instituții totale nutresc simțământul că intervalul de timp petrecut în acea instituție este irosit, distrus sau răpit din viața lui ; este o perioadă care trebuie ștearsă cu buretele ; e ceva care trebuie „făcut", „bifat", „executat" sau „rezolvat". În închisori și în spitalele de psihiatrie, afirmația generală cu privire la cât de bine se adaptează individul la instituție poate fi formulată prin prisma felului în care își „face sorocul" : „ușor" sau „greu"[1]. Sorocul este un lucru pus în paranteze, la care individul evită să reflecteze conștient și constant, într-un mod care nu poate fi întâlnit în lumea din afară. Ca urmare, individul tinde să simtă că, pe durata obligatorie a șederii sale în instituție – sentința sa –, a fost complet exilat din viață[2]. În acest context, putem înțelege într-o oarecare măsură influența demoralizatoare a unei sentințe nelimitate sau a uneia foarte lungi[3].

Oricât de aspre ar fi condițiile de viață din instituțiile totale, asprimea aceasta nu poate explica în totalitate sentimentul unei vieți irosite ; trebuie să ne îndreptăm atenția spre retezarea legăturilor sociale provocată de intrarea în instituție și de imposibilitatea de a dobândi (de obicei) în interiorul instituției câștiguri care să poată fi transferate în viața de afară – cum ar fi sume de bani dobândite, relații maritale formate sau educație atestată. Una dintre virtuțile doctrinei care afirmă că azilurile de nebuni sunt spitale unde se tratează oameni bolnavi constă în faptul că indivizii care au renunțat la trei-patru ani din viață pentru a se supune acestui tip de exil pot încerca să se convingă pe ei înșiși că au fost ocupați și au muncit din

1. Numeroase informații cu privire la concepția despre timp în instituțiile totale pot fi găsite în Maurice L. Farber, „Suffering and Time Perspective of the Prisoner", Partea a IV-a, *Authority and Frustration*, de Kurt Lewin *et al.*, Studies in Topological and Vector Psychology III, University of Iowa Studies in Child Welfare, vol. XX (1944).
2. Cea mai bună descriere, din câte cunosc, a sentimentului de a nu trăi se găsește în lucrarea lui Freud, „Doliul și melancolia", în care se afirmă că această stare survine ca urmare a pierderii obiectului iubirii. Vezi *Collected Papers of Sigmund Freud* (Hogarth Press, Londra, 1925), vol. IV, pp. 152-170. [versiunea în limba română : *Sigmund Freud – Opere complete*, Editura Trei, București, 2000, vol. III, pp. 145-161 – n.t.]
3. Vezi, spre exemplu, Cohen, *op. cit.*, p. 128.

greu la vindecarea lor și că, o dată vindecați, timpul petrecut astfel va deveni o investiție rezonabilă și profitabilă.

Senzația de timp mort și inert explică, probabil, valoarea mare a acelor activități ce pot fi numite „de evadare”, adică demersuri voluntare, lipsite de seriozitate, suficient de captivante și de palpitante pentru a-l scoate pe participant din starea lui obișnuită și a-l face să-și uite cu desăvârșire, pentru o vreme, situația reală. Dacă se poate spune că activitățile obișnuite din instituțiile totale „chinuie” timpul, aceste activități, din fericire, îl „omoară”...

Unele activități de evadare sunt colective : jocurile în aer liber, dansul, cântatul în orchestră sau în cor, prelegerile, lecțiile de desen[1] sau de prelucrare a lemnului, jocul de cărți ; altele sunt individuale, dar folosesc materiale publice : cititul[2] sau vizionarea solitară a programelor TV[3]. Fără îndoială, trebuie incluse și reveriile personale, după cum sugerează Clemmer în descrierea sa[4]. Unele dintre aceste activități pot fi promovate oficial de către personalul instituției ; altele, care nu sunt promovate oficial, vor constitui adaptări secundare – spre exemplu, jocurile de noroc, homosexualitatea sau euforia produsă cu substanțe precum alcoolul industrial, scorțișoara și ghimbirul[5]. Indiferent dacă sunt susținute oficial sau nu, ori de câte ori activitățile de evadare devin prea captivante sau ocupă prea mult timp, personalul va obiecta, foarte probabil – așa cum procedează deseori, spre exemplu, cu privire la băutură, la sex și la jocurile de noroc –, căci, în concepția lor, individul trebuie să se afle în stăpânirea instituției, și nu a unui alt fel de entitate socială, cuprinsă între granițele instituției.

Fiecare instituție totală poate fi privită ca un fel de mare moartă, pe care apar mici insule de activitate vie, captivantă. Astfel de activități îl pot ajuta pe individ să suporte stresul psihologic provocat, de obicei, de agresiunile asupra eului. Însă tocmai în insuficiența acestor activități poate fi găsit un important efect de deprivare al instituțiilor totale. În societatea civilă, individul strâns cu ușa în unul dintre rolurile sale sociale are de obicei ocazia de a-și găsi adăpost într-un loc

1. O bună ilustrare din închisoare ne oferă Norman, *op. cit.*, p. 71.
2. Vezi, spre exemplu, excelenta descriere a lui Behan, *op. cit.*, pp. 72-75, despre plăcerea de a citi în pat, în propria celulă, și despre măsura de precauție constând în „raționalizarea” materialului de lectură.
3. Desigur că astfel de activități nu se întâlnesc doar în instituțiile totale. Există cazul clasic al gospodinei plictisite și ostenite care „își rezervă câteva minute pentru ea însăși” ca să-și „odihnească picioarele” și „evadează” de acasă citind ziarul de dimineață, la o ceașcă de cafea și o țigară.
4. Clemmer, *op. cit.*, pp. 244-247.
5. Cantine și Rainer, *op. cit.*, pp. 59-60, ne oferă un exemplu.

protejat, unde se poate alina cu produse de fantezie comerciale – filme, programe TV, emisiuni radio, lecturi – sau poate folosi „calmante" cum sunt țigările sau alcoolul. Însă în instituțiile totale, mai cu seamă imediat după internare, astfel de materiale sunt insuficiente sau chiar lipsesc. Tocmai atunci când aceste elemente de sprijin sunt cel mai necesare, sunt și cel mai greu de obținut[1].

VIII

În prezentarea lumii instituționalizaților am discutat procesele de înjosire, influențele reorganizatoare, strategiile de răspuns adoptate de instituționalizați și mediul cultural care se dezvoltă. Aș vrea să adaug un comentariu concluziv cu privire la procesele care apar, în general, dacă și când individul este eliberat și trimis înapoi în societate.

Deși instituționalizații plănuiesc mari petreceri de eliberare și, uneori, socotesc în ore cât mai au până la data acesteia, cei aflați pe punctul de a se elibera devin adesea foarte neliniștiți la gândul că vor ieși din instituție ; unii, după cum am arătat, ar putea s-o dea în bară sau să se învârtă de încă un stagiu ca să evite chestiunea. Anxietatea individului cu privire la eliberare pare să ia adesea forma unei întrebări pe care și-o pune sieși, dar și prietenilor : „Am să mă descurc afară ?". Această întrebare se referă la întreaga viață civilă, privită ca un lucru despre care trebuie să ai anumite concepții și care trebuie să te preocupe. Ceea ce, pentru oamenii din afară, alcătuiește de obicei un fundal nepercepút pentru elemente individuale percepute, pentru instituționalizat este un element individual pe un fundal mai amplu. Poate că o atare perspectivă demoralizează ; aceasta este una dintre explicațiile faptului că foștii instituționalizați se gândesc deseori la posibilitatea de „a se întoarce înăuntru" și unul dintre motivele pentru care un mare număr de foști instituționalizați chiar se întorc.

Instituțiile totale afirmă deseori că se preocupă de reabilitare, adică de restabilirea mecanismelor de autoreglare ale instituționalizatului, astfel încât acesta, după eliberare, să păstreze standardele de conduită socială din proprie inițiativă. (Se consideră că personalul

---

1. Spre exemplu, Cantine și Rainer, *op. cit.*, p. 59, citându-l pe James Peck : „Îmi lipsea băutura chiar mai mult decât femeile, și unii dintre băieți erau de acord cu mine. Afară, când te apucă melancolia, aproape de fiecare dată poți s-o anihilezi cu două-trei pahare. Dar în închisoare n-ai încotro, trebuie să aștepți până trece de la sine, iar asta poate să dureze foarte mult".

are o autoreglare corectă încă de la sosirea în instituția totală și că, la fel ca în cazul membrilor altor tipuri de instituții, nu trebuie decât să învețe procedurile de rigoare.) De fapt, această schimbare survine rareori și, chiar și atunci când se produce o modificare permanentă, schimbările nu sunt cele dorite de personal. Cu excepția unor instituții religioase, nici procesele de dereglare, nici cele de reorganizare nu par să aibă un efect durabil[1], în parte din cauza existenței adaptărilor secundare, a prezenței contramoravurilor și a tendinței instituționalizaților de a combina strategiile și de a minimaliza riscurile.

Desigur, este foarte probabil ca, imediat după eliberare, fostul instituționalizat să savureze cu o minunată intensitate libertățile și plăcerile statutului de civil, lucruri pe care civilii nu le consideră deloc însemnate : mirosul distinct al aerului curat, posibilitatea de a vorbi atunci când vrei, de a folosi un chibrit întreg pentru a aprinde o țigară, de a lua o gustare solitară la o masă cu doar patru locuri[2]. O pacientă de psihiatrie, întoarsă la spital după o vizită de sfârșit de săptămână acasă, și-a descris experiența în cercul de prieteni, care o ascultau cu atenție :

> M-am trezit dimineața și m-am dus în bucătărie și am făcut cafeaua ; era minunat ! Iar seara am băut o bere și ne-am dus să mâncăm *chili* ; a fost grozav, delicios de-a dreptul ! N-am uitat nici măcar o clipă că sunt liberă ![3]

Și totuși se pare că, la scurt timp după eliberare, fostul instituționalizat uită în mare măsură ce viață a dus „înăuntru" și reîncepe să considere ca fiind firești privilegiile în jurul cărora se organiza viața în instituție. Sentimentele de nedreptate, de ostilitate și de alienare, determinate în mod tipic de experiența instituționalizării și care marchează, foarte frecvent, o nouă etapă în cariera sa morală, par să slăbească după ieșirea din instituție.

Dar ceea ce păstrează individul din experiența sa instituțională ne spune lucruri importante cu privire la instituțiile totale. Foarte des, intrarea într-o asemenea instituție înseamnă, pentru individ, adoptarea a ceea ce se poate numi „statut proactiv" : poziția lui socială între zidurile instituției diferă radical față de cea din afară și, mai mult decât atât, dacă este eliberat, nu va mai avea niciodată aceeași poziție socială ca înainte de instituționalizare, lucru de care individul

1. Dovezi importante în această direcție ne oferă datele cunoscute despre readaptarea prizonierilor de război repatriați, care au suportat o „spălare a creierului". Vezi Hinkle și Wolff, *op. cit.*, p. 174.
2. Lawrence, *op. cit.*, p. 48.
3. Din însemnările de teren ale autorului.

ajunge să-și dea seama. Dacă statutul proactiv este unul relativ favorabil, cum este cazul absolvenților școlilor de ofițeri și ai școlilor de elită cu internat, dar și cazul celor care petrec noviciatul în mănăstiri de prestigiu, atunci ne putem aștepta la reuniuni jubiliare oficiale ce demonstrează mândria față de „școala” absolvită. Dacă statutul proactiv este nefavorabil, cum este cazul celor care ies din închisori sau din spitale de psihiatrie, putem folosi termenul „stigmatizare” și ne putem aștepta ca fostul instituționalizat să facă eforturi de a-și ascunde trecutul și să încerce să „depășească momentul”.

După cum arăta unul dintre cercetătorii fenomenului[1], un avantaj important al personalului din instituțiile totale constă în puterea lor de a-l elibera pe individ într-un mod care reduce stigmatizarea. Funcționarii închisorilor militare îi pot oferi deținutului posibilitatea de a fi reintegrat în serviciul activ și, eventual, lăsat la vatră în condiții onorabile; conducerea spitalelor de psihiatrie pot oferi posibilitatea unui „dosar medical curat” (specificația „vindecat la externare”) și, de asemenea, pot să acorde recomandări personale. Acesta este unul dintre motivele pentru care, în prezența personalului, instituționalizații manifestă uneori entuziasm față de ceea ce face instituția pentru ei.

Acum putem reveni la discutarea anxietății din preajma eliberării. Una dintre explicațiile oferite este aceea că individul nu dorește să-și asume din nou responsabilitatea de care l-a eliberat instituția totală sau că este prea „bolnav” pentru a face acest lucru. Experiența mea personală în studiul unui tip de instituții totale – spitalele de psihiatrie – tinde să minimalizeze importanța acestui factor. Un factor cu probabil mai multă importanță este deculturarea, pierderea sau incapacitatea de a achiziționa unele deprinderi recent dobândite de societatea largă. Un alt factor este stigmatizarea. Când individul a dobândit un statut proactiv inferior prin intrarea într-o instituție totală, constată că lumea din afară îl primește cu răceală și este foarte probabil să se confrunte cu această realitate în momentul (dificil chiar și pentru cei fără stigmat) în care trebuie să apeleze la cineva pentru a-și găsi un loc de muncă și o locuință. În plus, este probabil ca eliberarea să survină tocmai când individul a reușit, într-un final, să învețe „sforăriile” lumii instituției și a câștigat privilegii despre care a învățat, cu prețul suferinței, că sunt foarte importante. Pe scurt, ar putea descoperi că eliberarea înseamnă mutarea din poziția ierarhică superioară dintr-o lume mai mică, într-o poziție inferioară dintr-o lume mai mare. În plus, este posibil ca un fost instituționalizat să se întoarcă în comunitatea liberă având

1. Cloward, *op. cit.*, pp. 80-83.

libertatea personală restricționată. La eliberarea din anumite lagăre de concentrare, deținutului i se cere să semneze un document care atestă că a fost tratat corect; primește avertismente cu privire la consecințele pe care le-ar putea avea eventualele dezvăluiri despre întâmplările din instituție[1]. În unele spitale de psihiatrie, pacientul pregătit pentru externare este intervievat pentru ultima oară, pentru a se descoperi dacă nutrește sau nu resentimente la adresa instituției și a persoanelor care i-au determinat internarea și este avertizat să nu provoace probleme mai târziu. În plus, pacientul pe punct de plecare trebuie, de multe ori, să promită că va căuta ajutor specializat dacă va constata că „se îmbolnăvește" din nou sau dacă „are probleme". De multe ori, fostul pacient psihiatric află că rudele și angajatorul său au fost sfătuiți să anunțe autoritățile dacă reapar probleme. Cel care iese din închisoare poate fi eliberat condiționat, cu obligația de a se prezenta cu regularitate la ofițerul responsabil și de a evita cercurile de persoane pe care le frecventa înainte de intrarea în instituție.

Lumea angajaților instituției

I

Numeroase instituții totale par să funcționeze, în mare parte a timpului, ca simple „depozite" pentru instituționalizați – dar, după cum am arătat, ele se prezintă de obicei în fața publicului larg drept organizații raționale, proiectate conștient și minuțios pentru a îndeplini rolul unor mașinării eficiente care să producă anumite rezultate, declarate și aprobate oficial. Am mai arătat că un obiectiv oficial frecvent declarat este reformarea instituționalizaților în direcția unui anumit standard ideal. Contradicția între ceea ce face instituția și ceea ce trebuie să declare conducerea ei alcătuiește contextul fundamental al activității cotidiene a personalului din instituție.

În acest context, poate primul lucru care trebuie spus despre angajați este acela că activitatea lor – și, în consecință, lumea lor – are de-a face doar cu oameni. Acest *lucru cu oamenii* nu seamănă cu

1. Cohen, *op. cit.*, p. 7; Kogon, *op. cit.*, p. 72.

activitatea din departamentele de personal și nici cu cea a prestatorilor de servicii; în definitiv, angajații au obiecte și produse, nu servicii, asupra cărora să-și desfășoare activitatea, dar aceste obiecte și produse sunt oamenii.

Ca materiale de prelucrat, oamenii pot să capete într-o oarecare măsură caracteristici asemănătoare cu ale obiectelor neînsuflețite. Chirurgii preferă să opereze bolnavi supli și nu grași, pentru că, în cazul celor grași, instrumentele devin alunecoase și există țesuturi suplimentare care trebuie tăiate. Antreprenorii de pompe funebre din spitalele de psihiatrie preferă uneori femeile slabe decât bărbații grași, fiindcă un cadavru greu e dificil de mișcat, iar cadavrele bărbaților trebuie îmbrăcate cu sacouri care se trag greu pe brațele înțepenite. De asemenea, manevrarea greșită a obiectelor, însuflețite sau nu, lasă urme trădătoare pe care le poate vedea supervizorul. Și, tot așa cum un articol prelucrat într-o fabrică trebuie să fie urmat de o „umbră" de hârtie care arată ce anume s-a făcut și cine a făcut fiecare operație, ce trebuie făcut mai departe și cine a fost ultima persoană responsabilă de respectivul articol, tot la fel, un obiect uman care se deplasează prin sistemul unui spital de psihiatrie, de exemplu, trebuie să fie urmat de un lanț de avize informative care arată în detaliu ce i s-a făcut pacientului, ce a făcut pacientul însuși și cine a răspuns de el ultima dată. Trebuie înregistrată chiar și prezența sau absența unui anumit pacient la o anumită masă ori într-o anumită seară, astfel încât să poată fi ținută corect socoteala costurilor și să se poată face ajustările de rigoare în facturi. Pe traseul individului instituționalizat din camera de înregistrare și până la locul de veci, multe feluri de angajați vor adăuga însemnări oficiale în dosarul lui, cât timp se află în jurisdicția lor, și mult timp după moartea individului rămășițele sale rămân, ca entitate asupra căreia se poate acționa, în sistemul birocratic al spitalului.

Date fiind caracteristicile fiziologice ale organismului uman, este evident că trebuie îndeplinite anumite cerințe, dacă se dorește ca oamenii să fie folosiți în mod continuu. Dar, firește, la fel se întâmplă și în cazul obiectelor neînsuflețite: temperatura oricărui depozit trebuie reglată, indiferent dacă acolo se depozitează obiecte sau oameni. De asemenea, după cum angajații din minele de fier, din fabricile de vopsea sau din combinatele chimice sunt expuși unor anumite condiții de lucru periculoase, există pericole aparte în anumite tipuri de lucru cu oamenii (sau cel puțin așa crede personalul implicat). În spitalele de psihiatrie, angajații cred că pacienții pot să lovească „fără motiv" și să rănească vreun funcționar; unii îngrijitori sunt de părere că un contact prelungit cu pacienții psihiatrici poate

avea efect contagios. Angajații din sanatoriile TBC și din leprozerii consideră că sunt expuși unor boli periculoase.

Deși există asemănări între lucrul cu oameni și lucrul cu obiecte, cele mai importante caracteristici ale lumii profesionale a angajaților derivă din aspectele singulare ale oamenilor ca material de prelucrat.

Persoanele sunt considerate aproape întotdeauna a fi scopuri în sine, în concordanță cu principiile morale generale ale societății în care există instituțiile totale. Ca urmare, constatăm aproape întotdeauna că în lucrul cu oamenii trebuie păstrate anumite standarde care, din punct de vedere *tehnic*, nu sunt necesare. Păstrarea acestor standarde pe care le numim „umane" ajung să fie definite ca parte a „responsabilității" instituției și, teoretic, sunt unul dintre lucrurile pe care instituția le garantează instituționalizatului în schimbul libertății sale. Personalul dintr-o închisoare are obligația de a împiedica încercările de sinucidere ale deținutului și de a-i acorda toate îngrijirile medicale necesare, chiar dacă acest lucru presupune amânarea execuției sale. O situație similară a fost descrisă în lagărele germane de concentrare, unde prizonierii primeau uneori îngrijiri medicale chiar dacă urmau să intre, în scurt timp, în camera de gazare.

O a doua situație specială în lumea profesională a angajaților dintr-o instituție totală constă în aceea că, de obicei, instituționalizații au, în lumea din afară, statuturi și relații ce trebuie luate în considerare. Desigur, acest lucru are legătură cu faptul, menționat anterior, că instituțiile trebuie să respecte anumite drepturi ale instituționalizaților, considerați ca persoane. Chiar și în cazul unui pacient psihiatric, ale cărui drepturi civile sunt, în majoritatea lor, anulate, va fi necesar un număr mare de documente. Desigur, drepturile retrase unui pacient psihiatric sunt transferate de obicei unei rude, unui comitet sau chiar directorului de spital, care devine, în acest caz, persoana responsabilă legal, a cărei autorizație trebuie obținută pentru chestiunile din exteriorul instituției, privitoare la pacient : încasarea sumelor plătite de serviciile de securitate socială, plata impozitelor pe venit, întreținerea proprietăților, plata asigurărilor, încasarea pensiei de bătrânețe, a dividendelor, plata facturilor stomatologice, achitarea obligațiile legale contractate anterior internării, acordarea permisiunii de a pune dosarul psihiatric la dispoziția companiilor de asigurări sau a avocaților, a permisiunii pentru vizite speciale din partea altor persoane decât rudele de sânge și așa mai departe. Instituția trebuie să se ocupe de toate aceste aspecte, chiar și numai pentru a transfera deciziile acelor persoane împuternicite legal să le ia.

Obligațiile pe care le au cu privire la aceste chestiuni de standarde și drepturi le sunt reamintite angajaților nu numai de către superiorii

direcți din instituție, ci și de către diferite agenții de monitorizare socială și, deseori, de către rudele instituționalizaților. Chiar și materialul muncii lor poate juca acest rol. Unii îngrijitori din spitalele de psihiatrie preferă să lucreze în secțiile cu pacienți senili, deoarece aceștia tind să aibă mai puține solicitări decât pacienții din secțiile mai bune, conștienți de realitatea imediată. Angajații folosesc chiar anumite expresii, cum ar fi termenul marinăresc „avocat de mare”, pentru a denumi un pacient care cere să fie tratat „ca la carte”. În calitate de critici, rudele constituie o problemă deosebită, întrucât, dacă pacienții pot fi educați cu privire la prețul pe care-l au de plătit pentru că formulează singuri solicitări, rudele acceptă mai puține instrucțiuni în acest sens și dau buzna cu solicitări în privința pacienților pe care aceștia s-ar rușina să le facă.

Fiindcă există o multitudine de moduri în care instituționalizații trebuie considerați scopuri în sine și fiindcă aceștia sunt și foarte numeroși, angajații instituției au de rezolvat anumite dileme clasice cu care trebuie să se confrunte cei care guvernează oameni. Întrucât o instituție totală funcționează, în oarecare măsură, ca un stat, angajații săi suferă într-o oarecare măsură tribulațiile de care sunt asaltați guvernatorii.

În cazul oricărui instituționalizat, certitudinea că vor fi respectate anumite standarde spre binele lui cere sacrificarea altor standarde, fapt ce presupune, la rândul lui, o complicată cântărire a scopurilor. Spre exemplu, dacă se dorește menținerea în viață a unui sinucigaș, personalul poate considera necesar să-l țină sub supraveghere permanentă sau chiar legat de un scaun, într-o încăpere mică și încuiată. Dacă se urmărește împiedicarea unui pacient psihiatric de a-și rupe coaja de pe niște răni extrem de iritante și a repeta, la nesfârșit, ciclul de vindecare și îmbolnăvire, personalul ar putea considera că este necesară limitarea libertății de mișcare a mâinilor pacientului. Un pacient care refuză să mănânce poate fi supus umilinței hrănirii forțate. Pentru a avea ocazia să se însănătoșească, pacienților dintr-un sanatoriu TBC trebuie să li se limiteze libertatea distracțiilor[1].

Standardele de tratament la care are dreptul să se aștepte un instituționalizat pot să intre în conflict, desigur, cu standardele dorite de un altul, ceea ce dă naștere unei noi serii de probleme de conducere. Astfel, în spitalele de psihiatrie, dacă se dorește să se țină poarta principală deschisă, din respect pentru pacienții care au dreptul să iasă în oraș, atunci alți pacienți, în care altfel s-ar fi putut avea încredere să fie lăsați să circule liber pe teritoriile spitalului, trebuie ținuți în secții cu saloane încuiate. Iar dacă se dorește ca toți pacienții

1. Roth, „What Is an Activity”, *op. cit.*

să aibă acces liber la bufetul cu autoservire și la cutia poștală, pacienților cu regim alimentar strict sau celor care trimit scrisori amenințătoare ori obscene li s-ar putea interzice libertatea de mișcare pe teritoriul spitalului.

Obligația personalului de a respecta anumite standarde de tratament omenești ridică ea însăși anumite probleme, dar o nouă serie de probleme caracteristice se naște din conflictul constant între standardele omenești, pe de o parte, și eficiența instituției, pe de altă parte. Voi cita un singur exemplu. Bunurile personale ale unui individ constituie o parte importantă a materialelor din care își construiește eul, dar, în calitate de instituționalizat, ușurința cu care îl manevrează personalul tinde să crească o dată cu creșterea gradului în care este deposedat de aceste bunuri. Eficiența remarcabilă cu care o secție de spital de psihiatrie se poate adapta oscilațiilor zilnice ale numărului de pacienți are legătură cu faptul că indivizii care se internează și cei care se externează nu au nici un fel de bunuri personale și nici nu au dreptul de a alege unde vor fi trimiși. Apoi, eficiența cu care se reușește păstrarea curățeniei hainelor pacienților are de-a face cu faptul că hainele murdare ale tuturor pot fi adunate, fără deosebire, într-o grămadă, iar cele curate pot fi redistribuite nu după proprietar, ci după mărimea aproximativă. La fel, cea mai rapidă metodă prin care personalul se poate asigura că pacienții care ies în curtea instituției vor fi îmbrăcați călduros este aceea de a le distribui, la ieșire, jachete din dotarea secției, fără a li se permite să aleagă dacă vor să poarte jachetă sau dacă doresc una anume ; la întoarcerea în secție, din aceleași motive de sănătate, angajații le vor cere să returneze aceste veșminte colectivizate. Chiar alcătuirea unui obiect vestimentar poate fi determinată de interesul pentru eficiență și nu pentru îmbunătățirea aspectului purtătorului, după cum arată următorul anunț de publicitate comercială :

> *Vesele și solide ! Cu închidere prin capse și chiloți atașați !* Toate articolele de îmbrăcăminte necesare într-unul singur, proiectat și testat de instituțiile pentru pacienți psihiatrici și retardați. Inhibă impulsurile exhibiționiste și nu pot fi sfâșiate. Se trag peste cap. Nu necesită sutien sau altă rufărie de corp. Sistemul de închidere cu capse între picioare ajută la învățarea folosirii toaletei. Imprimeuri plăcute sau țesături bicolore, cu răscroială rotundă, în V sau pătrată la gât. Nu au nevoie să fie călcate[1].

După cum obiectele personale pot să împiedice funcționarea fluentă a activității unei instituții și să fie îndepărtate din acest motiv, tot

1. Anunț în *Mental Hospitals*, VI (1955), p. 20.

astfel, anumite părți ale corpului pot intra în conflict cu administrarea eficientă, iar conflictul se rezolvă în favoarea eficienței. Pentru a menține curățenia capului pacienților și pentru ca aceștia să poată fi ușor categorizați, raderea completă a părului se dovedește eficientă, în ciuda efectului neplăcut asupra înfățișării. Din motive asemănătoare, în anumite spitale de psihiatrie s-a considerat utilă extragerea dinților pacienților care mușcă frecvent, efectuarea de histerectomii pacientelor cu comportament promiscuu și de lobotomii, bătăușilor inveterați. Biciuirea, ca formă de pedeapsă pe navele de război, exprimă același conflict între interesele organizației și omenie:

> Unul dintre argumentele invocate de ofițerii de marină în sprijinul pedepselor corporale este că acestea pot fi aplicate imediat și nu iau timp, iar când prizonierul și-a pus din nou cămașa pe el, pedeapsa s-a sfârșit; pe câtă vreme, dacă ea ar fi înlocuită cu alte sancțiuni, aceasta ar provoca probabil o mare pierdere de timp, pe lângă că i-ar da marinarului pedepsit sentimentul că-i o persoană importantă[1].

Am arătat că lucrul cu oamenii diferă de alte tipuri de muncă din cauza complexului de statute și de relații aduse cu sine de fiecare instituționalizat și din cauza standardelor omenești care trebuie respectate în privința lui. O altă diferență survine în situațiile când individul are dreptul de a ieși de pe teritoriul instituției, caz în care faptele sale reprobabile devin fapte pentru care instituția are o anumită responsabilitate. Dată fiind această responsabilitate, este de înțeles de ce anumite instituții totale tind să aibă o părere nefavorabilă despre ieșirile de pe teritoriul lor. Un alt tip de diferență – poate cea mai importantă – între lucrul cu oamenii și alte tipuri de muncă rezidă în aceea că, prin amenințări, recompense sau persuasiune, obiectele umane pot primi instrucțiuni pe care să le ducă la îndeplinire fără intervenții din afară. Intervalul de timp de-a lungul căruia se poate avea încredere că aceste obiecte vor desfășura activitățile respective fără supraveghere variază foarte mult, firește, dar, după cum ne arată organizarea socială a secțiilor din spitalele de psihiatrie, chiar și în cazul-limită al schizofrenicilor catatonici este posibilă o încredere considerabilă în această privință. Doar cele mai complicate echipamente electronice mai au această capacitate.

Deși materialul uman nu poate fi niciodată atât de refractar precum materialele neînsuflețite, însăși capacitatea lui de a recepta și de a duce la îndeplinire planurile personalului din instituție poate pune piedici mai eficiente decât ar putea-o face obiectele neînsuflețite, căci

---

1. Melville, *op. cit.*, p. 139. [versiunea în limba română: *op. cit.*, p. 198 – n.t.]

obiectele neînsuflețite nu pot să ne zădărnicească planurile cu intenție și cu inteligență (chiar dacă uneori reacționăm, pe moment, față de ele ca și cum ar poseda această capacitate). Drept urmare, paznicii din închisori și din secțiile „mai bune” ale spitalelor de psihiatrie trebuie să fie pregătiți să se confrunte cu încercări organizate de evadare și trebuie să aibă de-a face mereu cu încercările instituționalizaților de a-i momi, de a le face „înscenări” și de a le provoca tot felul de alte necazuri ; anxietatea pe care i-o provoacă paznicului toate acestea nu scade, chiar dacă el știe că pacientul se poartă astfel doar ca să capete respect de sine sau ca să-și alunge plictiseala[1]. Până și un pacient psihiatric bătrân și slăbit are o putere imensă în această privință ; spre exemplu, prin simplul gest de a-și înfige degetele mari în buzunarele pantalonilor poate zădărnici considerabil eforturile îngrijitorului de a-l dezbrăca. Acesta este unul dintre motivele pentru care angajații tind să ascundă deciziile luate cu privire la soarta instituționalizaților, căci, dacă aceștia ar ști ce lucruri neplăcute li se pregătesc, ar putea să împiedice, cu intenție și fățiș, împlinirea sorții menite ; astfel, spre exemplu, pacienților pregătiți pentru terapie cu electroșocuri li se pot spune povești drăguțe și, uneori, sunt împiedicați să vadă încăperea în care li se va aplica tratamentul.

Un al treilea aspect general prin care materialul uman diferă de celelalte materiale și datorită căruia ridică probleme unice constă în aceea că, oricât de distant încearcă personalul să rămână față de acest material, el devine obiectul unor simțăminte de camaraderie și chiar de afecțiune sinceră. Există întotdeauna pericolul ca un instituționalizat să fie privit ca persoană ; dacă trebuie luate măsuri considerate dure în privința instituționalizaților, angajații care nutresc compasiune vor suferi. (În definitiv, aceasta este una dintre explicațiile avansate de ofițeri pentru faptul că păstrează distanța socială față de soldați.) Pe de altă parte, când instituționalizatul încalcă o regulă, faptul că angajații instituției îl privesc ca pe o persoană le poate intensifica sentimentul lezării lumii lor morale : fiindcă așteaptă o reacție „rațională” din partea unei ființe raționale, angajații se simt înfuriați, jigniți sau provocați când instituționalizatul nu se comportă după cuviință.

Faptul că instituționalizații devin uneori obiectul grijii și compasiunii personalului se leagă de ceea ce putem numi „ciclul de implicare”, înregistrat uneori în instituțiile totale. Pornind de la o

---

1. Pentru comentarii cu privire la rolul foarte dificil al paznicului, vezi McCorkle și Korn, *op. cit.*, pp. 93-94, și Gresham M. Sykes, „The Corruption of Authority and Rehabilitation”, *Social Forces*, XXXIV (1956), pp. 257-262.

distanțare socială față de instituționalizați, situație în care nu vede prea ușor nici privațiunile masive și nici problemele la nivelul instituției, angajatul constată că nu are motive să se abțină de la a clădi o relație caldă, de implicare, cu unii dintre ei. Însă această relație îl aduce pe angajat în situația de a suferi din cauza acțiunilor instituționalizaților și a greutăților îndurate de ei ; de asemenea, el ajunge astfel o amenințare la adresa atitudinii distante față de instituționalizați adoptate de colegii săi. În consecință, acel angajat care a ajuns să simtă compasiune față de instituționalizați ajunge să se simtă „vlăguit" și să se retragă oarecum, ocupându-se de munca de birou, de activitatea de comitet sau de alte activități obișnuite, în care este implicat doar personalul instituției. După ce se îndepărtează de contactul direct, primejdios pentru el, cu indivizii instituționalizați, treptat, nu va mai simți că are motive să fie precaut, iar ciclul contactului și retragerii se va repeta.

Combinând obligația angajaților de a respecta anumite standarde de omenie cu privire la instituționalizați și faptul că pot ajunge să-i considere pe aceștia ființe raționale și responsabile, obiecte potrivite pentru implicarea afectivă, obținem contextul unor dificultăți foarte speciale ale lucrului cu oamenii. În spitalele de psihiatrie există întotdeauna unii pacienți care acționează dramatic împotriva binelui personal : beau apă pe care au infestat-o chiar ei în prealabil ; mănâncă exagerat de mult de Ziua Recunoștinței și de Crăciun, astfel că, în acele zile, survin mereu cazuri de ulcer perforat și blocaje esofagiene ; se izbesc cu capul de ziduri ; își smulg firele după intervențiile chirurgicale minore ; aruncă în toaletă dantura falsă fără de care nu pot mânca și a cărei înlocuire ia luni de zile sau își zdrobesc ochelarii fără de care nu pot să vadă. Încercând să pună capăt acestor acte vizibil autodistructive, membrii personalului se văd obligați să se poarte dur cu pacienții, creându-și astfel imaginea de persoane nemiloase și brutale, tocmai când încearcă să împiedice un om să facă lucruri despre care ei consideră că nimeni n-ar trebui să le facă nimănui. În astfel de situații, angajaților le este extrem de greu să-și păstreze propriile trăiri afective sub control, lucru lesne de înțeles.

II

Cerințele speciale ale lucrului cu oamenii stabilesc activitatea zilnică a personalului ; activitatea în sine se desfășoară într-un climat moral aparte. Personalul trebuie să se confrunte cu ostilitatea și cu pretențiile instituționalizaților, în fața cărora trebuie să prezinte, în

general, perspectiva rațională îmbrățișată de instituție. Așadar trebuie să cercetăm aceste perspective.

Scopurile declarate ale instituțiilor totale sunt puțin numeroase : îndeplinirea unui obiectiv economic ; educare și instruire ; tratament medical sau psihiatric ; purificare religioasă ; protejarea comunității largi ; și, după cum sugerează un autor care a studiat intens închisorile, „*...incapacitarea, pedepsirea, împiedicarea și reformarea...*”[1]. Este larg împărtășită opinia că, de obicei, instituțiile totale eșuează considerabil în a-și îndeplini obiectivele. Mai puțin consens există în privința faptului că fiecare dintre aceste scopuri oficiale pare admirabil de potrivit pentru a furniza o cheie de descifrare a sensului, un limbaj al explicațiilor pe care personalul și, uneori, instituționalizații le pot da pentru cele mai mici detalii ale activității din instituție. Astfel, cadrul de referință medical nu este doar o perspectivă în contextul căreia se poate lua și aplica o decizie cu privire la dozarea medicației, ci este o perspectivă gata să explice tot felul de decizii, cum ar fi, în spital, orele la care sunt servite mesele sau modul cum este împăturită lenjeria de pat. Fiecare obiectiv oficial pune în libertate o doctrină, cu inchizitorii și martirii ei, iar în interiorul instituțiilor pare să nu existe nici o limită naturală a dreptului de a face interpretări facile. Fiecare instituție trebuie să facă un anumit efort pentru a-și realiza obiectivele oficiale, dar, în plus, trebuie să fie cumva protejată de tirania urmăririi acestor obiective în mod difuz, pentru ca exercițiul autorității să nu se transforme într-o vânătoare de vrăjitoare. Fantoma „securității” din închisori și acțiunile personalului, justificate prin aceasta, sunt exemple de asemenea pericole. Și atunci, în mod paradoxal, deși instituțiile totale par cele mai puțin intelectuale locuri, totuși, la nivelul lor, cel puțin în ultima vreme, preocuparea față de cuvinte și față de perspectivele verbalizate a ajuns să joace un rol central și deseori febril.

Schema interpretativă a instituției totale începe să funcționeze automat din clipa sosirii individului, personalul având concepția că intrarea lui în instituție constituie o dovadă *prima facie* că respectivul trebuie să fie genul de persoană pentru care a fost creată instituția. Un om dintr-o închisoare politică trebuie să fie trădător ; un om dintr-o închisoare trebuie să fie delincvent ; un om dintr-un spital de psihiatrie trebuie să fie bolnav. Dacă n-ar fi trădător, delincvent sau bolnav, de ce s-ar mai afla în instituție ?

Această identificare automată a instituționalizatului nu este o simplă etichetare, ci se află în centrul unei modalități fundamentale

---

1. D. Cressey, „Achievement of an Unstated Organizational Goal : An Observation on Prisons”, *Pacific Sociological Review*, I (1958), p. 43.

de control social. Un prim studiu asupra unui spital de psihiatrie ne ilustrează acest fapt:

> Principalul scop al acestei culturi a îngrijitorilor constă în a obţine controlul asupra pacienţilor, control care trebuie păstrat indiferent de bunăstarea pacientului. Scopul este pus în evidenţă cu claritate în raport cu dorinţele şi solicitările exprimate de pacienţi. Toate dorinţele şi solicitările, indiferent cât de rezonabile, cât de calm exprimate sau cât de politicos formulate, sunt privite ca dovezi ale tulburării mentale. Îngrijitorul, aflat într-un mediu în care aşteptarea firească este cea de anormalitate, nu recunoaşte niciodată normalitatea. Deşi majoritatea manifestărilor comportamentale sunt aduse la cunoştinţa medicilor, în cele mai multe cazuri, aceştia nu fac decât să întărească judecăţile îngrijitorilor. Astfel, medicii contribuie, la rândul lor, la perpetuarea ideii că principala trăsătură a interacţiunii cu pacienţii psihiatrici constă în a-i controla[1].

Când instituţionalizaţilor li se permite interacţiunea directă, faţă în faţă, cu personalul, contactul lor va lua de multe ori forma „încleştărilor": cereri din partea instituţionalizatului şi justificări pentru tratamentul restrictiv predominant din partea personalului; aceasta este, de pildă, structura generală a interacţiunilor dintre angajaţi şi pacienţi în spitalele de psihiatrie. Trebuind să controleze instituţionalizaţii şi să apere instituţia în numele obiectivelor sale declarate, personalul recurge la acel tip de identificare atotcuprinzătoare a instituţionalizaţilor care le conferă această posibilitate. Problema personalului constă, în acest caz, în a găsi un delict potrivit cu pedeapsa.

În plus, privilegiile şi pedepsele distribuite de personal sunt deseori formulate într-un limbaj care reflectă obiectivele oficiale ale instituţiei, ca în situaţiile când izolarea în carceră este numită, în închisori, „meditaţie constructivă". Instituţionalizaţilor şi angajaţilor de la nivelurile inferioare le revine misiunea specială de a traduce aceste formulări ideologice în limbajul simplu al sistemului de privilegii, şi invers. Această situaţie o ilustrează descrierea făcută de Belknap despre ceea ce se întâmplă când un pacient psihiatric încalcă o regulă şi este pedepsit:

> De obicei, în astfel de cazuri, atitudini ca insolenţa, nesupunerea şi familiaritatea exagerată sunt traduse în termeni mai mult sau

---

1. J. Bateman şi H. Dunham, „The State Mental Hospital as a Specialized Community Experience", *American Journal of Psychiatry*, CV (1948-1949), p. 446.

mai puțin profesionali, cum ar fi „tulburat" sau „agitat", și-i sunt prezentate medicului de către îngrijitor ca raport privind starea sănătății pacientului. Medicul trebuie, în acest caz, să revoce ori să modifice oficial privilegiile pacientului în secție sau să efectueze transferul într-o altă secție, în care pacientul trebuie să-și reia traseul ascendent, de la grupul cu statutul cel mai de jos. În cultura îngrijitorilor, un medic „bun" este acela care nu pune prea multe întrebări cu privire la acești termeni medicali traduși de ei[1].

Perspectiva instituțională se aplică, de asemenea, acțiunilor care nu sunt supuse în mod obișnuit sau explicit disciplinării. Astfel, Orwell arată că, în școala cu internat pe care a urmat-o, urinatul în pat era considerat semn de „murdărie" și de păcătoșenie[2] și că o perspectivă similară se aplica și unor tulburări de sănătate chiar și mai evident fizice:

> Aveam disfuncții ale bronhiilor și o leziune la un plămân care nu mi-a fost descoperită decât mulți ani mai târziu. Ca urmare, aveam o tuse cronică; în plus, alergarea era o adevărată tortură. Însă în acele vremuri, „hârâiala" sau „boala de piept", cum i se mai spunea, ori era etichetată drept rod al imaginației, ori era considerată o boală în esență morală, provocată de mâncatul excesiv. „Șuieri ca un acordeon", îmi spunea cu dezaprobare Sim [pedagogul-șef], stând în spatele meu. „Te îndopi mereu cu mâncare, de asta șuieri!"[3]

Se spune că lagărele chineze de „reformare a gândirii" au dus la extrem acest proces interpretativ, traducând întâmplările cotidiene, inofensive din trecutul prizonierilor în simptome ale activității contrarevoluționare[4].

Deși există o concepție psihiatrică asupra bolii psihice și o concepție bazată pe influențele mediului asupra infracțiunii și activității contrarevoluționare, ambele exonerându-l pe incriminat de responsabilitatea morală pentru vina sa, instituțiile totale nu-și pot permite acest determinism aparte. Instituționalizații trebuie să fie determinați să se *autoconducă* într-un mod ușor de manevrat și, pentru a se promova aceasta, atât conduitele dezirabile, cât și cele indezirabile trebuie considerate ca izvorând din voința personală și din

1. Belknap, *op. cit.*, p. 170.
2. Orwell, *op. cit.*, pp. 506-509.
3. *Ibidem*, p. 521.
4. Vezi, spre exemplu, R. Lifton, „«Thought Reform» of Western Civilians in Chinese Communist Prisons", *Psychiatry*, XIX (1956), mai ales pp. 182-184.

caracterul fiecărui individ, și definite drept un aspect asupra căruia el poate să intervină. Pe scurt, fiecare perspectivă instituțională conține o moralitate personală și în fiecare instituție totală putem vedea, la scară redusă, dezvoltarea a ceva înrudit cu varianta funcționalistă a vieții morale.

Traducerea comportamentului instituționalizaților în termeni morali potriviți pentru perspectiva declarată a instituției va conține, cu necesitate, anumite ipoteze cuprinzătoare cu privire la caracterul ființelor umane. Dat fiind tipul de instituționalizați pe care-i au în grijă și prelucrarea la care ei trebuie supuși, angajații tind să elaboreze ceva ce ar putea fi considerat o teorie asupra naturii umane. Ca parte implicită a perspectivei instituționale, această teorie raționalizează activitatea, furnizează un mijloc subtil de a menține distanța socială față de instituționalizați și o concepție stereotipă asupra lor și justifică felul cum sunt tratați[1]. De cele mai multe ori, teoria acoperă posibilele forme „bune" și „rele" ale comportamentului indivizilor instituționalizați, formele pe care le poate lua greșeala, valoarea educațională a privilegiilor și a pedepselor și diferențele „esențiale" dintre personal și instituționalizați. În armată, ofițerii vor avea o teorie despre relația dintre disciplină și ascultarea de care dau dovadă soldații în luptă, despre calitățile pe care trebuie să le aibă un bărbat, despre „punctul critic" al bărbaților și despre diferența dintre boala psihică și mimarea bolii. Pe parcursul instruirii, vor prelua o concepție anume cu privire la ei înșiși, după cum arată un fost membru al Gărzii Naționale, înșiruind calitățile morale pe care trebuie să le aibă ofițerii :

> Deși o mare parte a instrucției avea inevitabil menirea de a promova forma fizică optimă, exista totuși o credință puternică potrivit căreia un ofițer, indiferent dacă este sau nu într-o formă fizică bună, trebuie să aibă întotdeauna suficientă mândrie (sau „vână") încât să nu-și recunoască în nici un caz slăbiciunea fizică, decât dacă se prăbușește la pământ, mort sau inconștient. Această convingere

1. Am preluat aceste date din recenzia lui Everett C. Hughes asupra lucrării *Spätlese* a lui Leopold von Wiese, recenzie publicată în *American Journal of Sociology*, LXI (1955), p. 182. Un domeniu similar cuprinde termenul antropologic actual „etnopsihologie", însă acesta se aplică nu unei instituții, ci unei culturi. Trebuie adăugat că și instituționalizații formulează o teorie asupra naturii umane, alcătuită în parte din elemente preluate din teoria personalului și în parte din elemente contrare, proprii. În legătură cu aceasta, vezi, în McCleery, *op. cit.*, pp. 14-15, descrierea extrem de interesantă a conceptului de „trădător" așa cum îl formulează prizonierii.

foarte semnificativă avea ceva mistic, atât în caracterul, cât și în intensitatea ei. Spre sfârșitul cursului, în timpul unui exercițiu extrem de dur, doi sau trei ofițeri au abandonat, plângându-se de rosături sau de alte indispoziții ușoare. Instructorul-șef, un om civilizat și comod, i-a acuzat fățiș. Le-a spus că un ofițer nu poate pur și simplu abandona și nu abandonează niciodată. Puterea voinței, dacă nu altceva, trebuie să-l ajute să meargă înainte la nesfârșit. Totul e o chestiune de „vână". Exista sugestia nerostită că, în timp ce oamenii cu grade inferioare pot să abandoneze și chiar o fac, chiar dacă, deseori, sunt mai rezistenți din punct de vedere fizic, ofițerul aparține unei caste superioare. Ulterior am descoperit credința, acceptată în rândul ofițerilor, că ei sunt în stare de performanțe fizice și pot suporta disconfortul fizic fără să fie câtuși de puțin necesar să se instruiască ori să se pregătească pentru astfel de lucruri, așa cum i se cere soldatului de rând. Spre exemplu, ofițerii pur și simplu nu făceau exerciții fizice : n-aveau nevoie de ele ; erau ofițeri și rezistau până la sfârșit, indiferent dacă veneau pe terenul de instrucție direct dintr-un sanatoriu sau dintr-un bordel[1].

În închisori găsim un conflict curent între două teorii asupra infracționalității : cea psihiatrică și cea a slăbiciunii morale. În mănăstiri găsim teorii despre manifestările de slăbiciune sau de putere a spiritului și despre căile prin care pot fi combătute defectele lui. Spitalele de psihiatrie ies în evidență din acest punct de vedere, căci angajații lor se declară în mod explicit specialiști cu privire la natura umană, care pun diagnostice și prescriu tratamente pe baza acestei calități. Ca urmare, în tratatele psihiatrice standard există capitole despre „psihodinamică" și „psihopatologie" unde pot fi găsite teorii fermecător de explicite asupra „caracterului" naturii umane[2].

O parte importantă a teoriei asupra naturii umane din numeroase instituții totale constă din convingerea că, dacă proaspătul instituționalizat poate fi determinat să manifeste o extremă supunere față de personal imediat după sosirea sa, ulterior va fi ușor de manevrat – altfel spus, convingerea că, supunându-se acestor prime cerințe,

1. Simon Raven, „Perish by the Sword", *Encounter*, XII (mai 1959), pp. 38-39.
2. Caracterul atotcuprinzător al teoriei cu privire la natura umană formulată de o instituție își găsește actualmente o bună exprimare în instituțiile psihiatrice progresiste. Teoriile elaborate inițial pentru a fi aplicate pacienților ajung să fie tot mai mult aplicate și personalului, astfel că angajații din eșalonul inferior trebuie să facă și ei penitența psihoterapiei de grup, iar cei din eșalonul superior, pe cea a psihanalizei individuale. Există chiar și inițiativa de a introduce terapeuți sociologi consultanți, pentru instituția ca întreg.

„rezistența" sau „spiritul" său este cumva frânt. (Acesta este unul dintre motivele pentru ceremoniile de frângere a voinței și pentru practicile de bun-venit prezentate anterior.) Desigur, dacă instituționalizații aderă la aceeași teorie asupra naturii umane, atunci concepția personalului cu privire la caracterul ei va fi confirmată. Studiile recente efectuate asupra comportamentului soldaților americani luați prizonieri în războiul din Coreea ne oferă un exemplu. În America se crede că un om, o dată adus în „punctul-limită", nu va mai fi capabil să manifeste ulterior nici un fel de împotrivire. Se pare că această concepție asupra naturii umane, consolidată de afirmațiile făcute pe parcursul instruirii cu privire la pericolul manifestării unei slăbiciuni oricât de mici, i-a determinat pe unii prizonieri să renunțe complet la împotrivire o dată ce au cedat asupra unei chestiuni lipsite de importanță[1].

Teoria asupra naturii umane constituie, desigur, doar una dintre laturile schemei interpretative oferite de o instituție totală. Un alt domeniu acoperit de perspectivele instituționale este munca. Din moment ce, în lumea din afară, munca se face de obicei pentru bani, profit sau prestigiu, pierderea acestor motivații presupune pierderea anumitor interpretări ale acțiunilor și solicită noi interpretări. În spitalele de psihiatrie există terapii cunoscute sub denumirile oficiale de „terapie prin muncă" și „ergoterapie"; pacienților li se dau sarcini de îndeplinit, de obicei dintre cele de jos, cum ar fi greblatul frunzelor, servitul la mese, lucrul în spălătorie și spălatul podelelor. Deși natura acestor sarcini derivă din necesitățile instituției, pacientului i se afirmă că îndatoririle îl vor ajuta să învețe din nou să trăiască în societate și că disponibilitatea sa de a le îndeplini va fi considerată drept dovadă diagnostică de îmbunătățire a stării lui de sănătate[2]. Pacientul însuși ar putea percepe munca în această lumină. Un proces asemănător de redefinire a semnificației muncii

1. Vezi utila lucrare a lui Albert Biderman, „Social-Psychological Needs and «Involuntary» Behavior as Illustrated by Compliance in Interrogation", *Sociometry*, XXIII (1960), pp. 120-147.
2. Ar fi o greșeală să privim aceste „terapii" prea cinic. Munca, de pildă aceea dintr-o spălătorie sau dintr-un atelier de reparat încălțăminte, are propriul ei ritm și, deseori, este executată de indivizi cu o mai strânsă legătură cu propria meserie decât cu spitalul; prin urmare, de foarte multe ori, timpul petrecut îndeplinind aceste sarcini este mai plăcut decât cel petrecut într-o secție întunecoasă și tăcută. În plus, ideea de a pune pacienții la muncă „utilă" pare o posibilitate atât de captivantă în societatea noastră, încât unele ateliere, ca acelea de reparat încălțăminte sau de confecționat saltele, pot ajunge să funcționeze, cel puțin o vreme, realmente pe spezele instituției.

poate fi întâlnit în instituțiile religioase, după cum arată comentariile unei călugărițe clarise:

> A trăi cu supunere mai are și un alt aspect miraculos. Nimeni nu face vreodată ceva mai important decât faci tu, dacă tu te supui. Mătura, stiloul, acul sunt toate aidoma în ochii lui Dumnezeu. Supunerea mâinii care le folosește și iubirea din inima călugăriței care le ține, acestea au o importanță veșnică pentru Dumnezeu, pentru călugărițe și pentru întreaga lume[1].

> Oamenii din lumea întreagă sunt obligați să se supună legilor făcute de oameni și restricțiilor de fiecare zi. Călugărițele practicante ale contemplației aleg în mod liber să se supună unei reguli monahale inspirate de Dumnezeu. Fata care bate la mașină face acest lucru doar de dragul banilor și-și dorește să se poată opri. Clarisa care mătură prin chiliile mănăstirii face acest lucru în numele Domnului și preferă măturatul, la acea oră, tuturor celorlalte ocupații din lume[2].

Deși unele motive puternic instituționalizate, ca profitul sau economia, sunt urmărite cu obstinație în instituțiile comerciale[3], aceste motive și cadrele de referință conexe lor pot totuși să îndeplinească rolul de a restricționa alte tipuri de interpretare. Însă, când motivele esențiale ale societății largi nu pot fi invocate, terenul devine primejdios de deschis pentru tot felul de confruntări și excese interpretative și, ca urmare, pentru noi feluri de tiranie.

Aș vrea să adaug o ultimă idee cu privire la perspectivele instituționale. Administrarea instituționalizaților este explicată de obicei din perspectiva țelurilor sau a obiectivelor ideale ale instituției, acestea presupunând servicii tehnice umane. De obicei, pentru îndeplinirea acestor servicii sunt angajați profesioniști, chiar și numai pentru a scuti conducerea instituției de obligația de a-i trimite pe instituționalizați în afara instituției spre a beneficia de respectivele servicii, fiind lipsit de înțelepciune „ca frații călugări să iasă în lume, căci nu

1. Sora Mary Francis, P.C., *A Right to be Merry* (Sheed and Ward, New York, 1956), p. 108.
2. *Ibidem*, p. 99. Atribuirea unui alt înțeles sărăciei este, desigur, o strategie fundamentală în viața religioasă. Idealurile de simplitate spartană au fost folosite, de asemenea, de către unele grupări politice și militare radicale; actualmente, adepții mișcării Beat Generation atribuie o semnificație specială sărăciei demonstrative.
3. O bună reprezentare a extinderii și profunzimii interpretative găsim în romanul lui Bernard Malamud despre problemele de administrare dintr-un mic magazin de legume și fructe: *The Assistant* (New American Library, New York, 1958).

este deloc sănătos pentru sufletul lor”[1]. Profesioniștii care intră astfel în instituție este probabil să ajungă nemulțumiți, să simtă că nu-și pot practica așa cum trebuie profesia și că sunt folosiți drept „prizonieri” ca să dea confirmare profesională sistemului de privilegii. Protestul pare a fi clasic[2]. În multe spitale de psihiatrie există cazuri de psihiatri nemulțumiți, care afirmă că părăsesc spitalul pentru a putea să practice psihoterapia. Adesea, un serviciu psihiatric special, cum ar fi psihoterapia de grup, psihodrama sau terapia prin artă, sunt introduse cu sprijinul entuziast al conducerii spitalului; apoi, încet-încet, interesul se deplasează spre altceva, iar profesionistul respectiv se trezește că, treptat, slujba lui a devenit un fel de activitate de relații cu publicul, iar terapia pe care o practică primește sprijin doar de formă, excepție făcând situațiile când apar vizitatori și conducerea vrea să arate cât de moderne și de complete sunt serviciile oferite.

Profesioniștii, desigur, nu reprezintă singurul grup profesional aflat în relații întru câtva dificile cu scopurile oficiale ale instituției. Acei membri ai personalului aflați în contact permanent cu instituționalizații pot considera, la rândul lor, că li s-a dat o sarcină contradictorie, având misiunea de a-i constrânge pe aceștia să se supună și, în același timp, de a da impresia că se respectă standardele umaniste și că se îndeplinesc obiectivele fundamentale ale instituției.

Ceremoniile instituționale

Am descris instituțiile totale din punctul de vedere al instituționalizaților și, pe scurt, din punctul de vedere al angajaților. Fiecare punct de vedere conține, ca element crucial, o imagine a celuilalt grup. Deși această imagine despre celălalt există, ea este rareori de acel tip care duce la identificare empatică – excepție făcând, poate, acei instituționalizați descriși anterior, care adoptă rolul de „individ-model” și „se identifică cu agresorul” în mod serios. Când survin

1. *The Holy Rule of Saint Benedict*, cap. 66.
2. Spre exemplu, Harvey Powelson și Reinhard B. Bendix, „Psychiatry in Prison”, *Psychiatry*, XIV (1951), pp. 73-86, și Waldo W. Burchard, „Role Conflicts of Military Chaplains”, *American Sociological Review*, XIX (1954), pp. 528-535.

totuși relații și apropieri neobișnuite peste granița dintre angajați și instituționalizați, știm că urmează ciclul implicării și că este probabil să apară tot felul de ecouri stânjenitoare[1], cu o subminare a autorității și a distanței sociale care, iarăși, dă impresia unui tabu al incestului, activ în instituțiile totale.

În plus față de legăturile „personale" ilicite sau îndoielnice, care încalcă granița dintre angajați și instituționalizați, mai apare un al doilea tip de contact clandestin între aceste două categorii. Spre deosebire de instituționalizați, membrii personalului își desfășoară anumite aspecte ale vieții separat de instituție, deși ele se pot desfășura tot pe teritoriul instituției sau în imediata ei apropiere. În același timp, se presupune că timpul de muncă al instituționalizaților nu are valoare pentru aceștia și se află la discreția personalului. În aceste condiții, separarea rolurilor pare dificil de respectat, iar instituționalizații se găsesc în situația de a efectua servicii domestice pentru angajați, cum ar fi îngrijirea grădinii, zugrăvitul, curățenia și îngrijirea copiilor. Pentru că aceste servicii nu fac parte din cadrul oficial de referință al instituției, angajații sunt obligați să acorde o anumită considerație servitorilor lor și, ca urmare, nu reușesc să mențină față de ei distanța obișnuită. Restricțiile obișnuite ale vieții în instituție îi determină pe instituționalizați să încalce bucuroși, în acest fel, regulile care le reglementează relațiile cu angajații. Lawrence oferă un exemplu din cadrul armatei :

> Sergentul-major a dat un exemplu de comportare neregulamentară când l-a dus pe ultimul soldat din pluton acasă la soția lui și l-a pus să vopsească grătarul căminului și să aibă grijă de copii cât timp ea s-a dus la cumpărături. „Mi-a dat o bucată de plăcintă cu gem !" se lăuda Garner, iertându-l cu ușurință pe sugarul plângăreț datorită faptului că acum avea stomacul plin[2].

---

1. Vezi E. Goffman, *The Presentation of Self in Everyday Life* (Anchor Books, New York, 1959), pp. 200-204 ; McCorkle și Korn, *op. cit.*, pp. 93-94. Studiul de referință în acest domeniu este cel al lui Alfred H. Stanton și Morris S. Schwartz, „The Management of a Type of Institutional Participation in Mental Illness", *Psychiatry*, XII (1949), pp. 12-26.
2. Lawrence, *op. cit.*, p. 40. Pentru o versiune dintr-un lagăr de concentrare, vezi Kogon, *op. cit.*, pp. 84-86. Ca amendament, trebuie adăugat că, în unele instituții totale și mai ales pe nave, aceste servicii personale pot primi caracter legitim, intrând în categoria îndatoririlor personalului inferior ; este și cazul rolului ordonanței în armata britanică. Dar, în aceste cazuri de excepție, întreaga viață a angajaților este reglementată oficial.

În plus față de asemenea încălcări accidentale ale graniței, în fiecare instituție totală par să se dezvolte, spontan sau prin imitație, o serie de practici instituționalizate prin care personalul și instituționalizații se apropie suficient de mult pentru a-și forma o imagine întru câtva favorabilă unii despre ceilalți și pentru a se identifica empatic cu situația celorlalți. Aceste practici exprimă unitate, solidaritate și implicare comună la nivelul instituției, și nu diferențele dintre cele două grupuri.

Sub aspectul formei, întrunirile instituționalizate sunt caracterizate de renunțarea la formalisme și la orientarea spre sarcină care guvernează contactele dintre instituționalizați și angajați, și de o relaxare a organizării ierarhice obișnuite. Adesea, participarea este într-o anumită măsură voluntară. Date fiind rolurile obișnuite, aceste activități reprezintă „eliberări de rol”[1]; desigur, dat fiind efectul universal al distanței impuse între instituționalizați și membrii personalului, orice schimbare în direcția exprimării solidarității reprezintă o eliberare de rol. Pot fi făcute speculații cu privire la numeroasele funcții ale acestor întruniri, dar explicațiile par mult mai puțin impresionante decât modul unic în care aceste practici apar mereu, în toate tipurile de instituție totală, pe terenul aparent cel mai puțin fertil. Se poate considera că există motive foarte întemeiate pentru aceste practici, chiar dacă motivele par greu de găsit.

Una dintre cele mai obișnuite forme de ceremonie instituțională este „publicația casei”, de cele mai multe ori ziar săptămânal sau revistă lunară. De obicei, toți cei care își aduc contribuția la publicație sunt recrutați din rândurile instituționalizaților, ceea ce determină formarea unui fel de falsă ierarhie, supervizarea și cenzura fiind executate de un membru al personalului, relativ amabil față de instituționalizați și, în același timp, suficient de loial față de tovarășii săi. Conținutul tipărit are menirea de a trasa un cerc în jurul instituției și de a conferi lumii astfel delimitate accentul de realitate publică.

Pot fi menționate două tipuri de materiale care apar în publicația casei. În primul rând, sunt „știrile locale”. Între acestea se numără relatări despre ceremoniile instituționale recente, ca și referiri la evenimentele „personale”, cum ar fi aniversări ale zilei de naștere, promovări, excursii și morți survenite în rândul membrilor instituției, mai ales al angajaților importanți sau bine cunoscuți. Conținutul lor are caracter de felicitare sau de condoleanțe, după caz, exprimând, teoretic, în numele întregii instituții, preocuparea empatică față de viața membrilor. Aici intervine un aspect interesant al segregării

1. Acest termen a fost sugerat de Everett C. Hughes și este folosit într-o lucrare nepublicată, „Social Control and Institutional Catharsis”, de Joseph Gusfield.

rolurilor: cum rolurile cu relevanță instituțională ale unui membru (de exemplu, ale medicului) tind să-l pună pe acesta în contrast cu alți membri, luați ca întregi categorii (de exemplu, îngrijitorii și instituționalizații), ele nu pot fi folosite ca vehicul pentru exprimarea solidarității instituționale; se tinde, astfel, să se utilizeze rolurile irelevante, mai ales cel de părinte sau de consoartă, roluri imaginabile, dacă nu chiar posibile, pentru toate categoriile.

În al doilea rând, există materiale care pot reflecta o concepție editorială. Între acestea se numără: știri din lumea din afară, relevante pentru statutul social și juridic al foștilor și actualilor instituționalizați, însoțite de comentarii adecvate; eseuri, proză scurtă și poezii originale; editoriale. Materialele sunt scrise de instituționalizați, dar exprimă concepția oficială asupra funcțiilor instituției, teoria personalului cu privire la natura umană, o versiune idealizată a relațiilor dintre instituționalizați și angajați și atitudinea pe care ar trebui s-o adopte un convertit ideal – pe scurt, prezintă politica instituțională.

Publicația casei supraviețuiește într-un echilibru agreabil, dar delicat. Membrii personalului acceptă ca instituționalizații să-i intervieveze, să scrie și să citească despre ei, intrând astfel sub controlul slab al celor care scriu și citesc publicația; în același timp, instituționalizaților li se dă ocazia să demonstreze că se află suficient de sus pe scara umană pentru a stăpâni cu competență limbajul oficial și politica oficială[1]. Pe de altă parte, autorii materialelor publicate promit să urmeze ideologia oficială, prezentând-o tovarășilor lor. În mod interesant, instituționalizații care încheie acest acord cu personalul continuă deseori să promoveze contramoravurile. Ei introduc, în materialele pe care le scriu, câte critici fățișe la adresa instituției permit cenzorii; le suplimentează cu formulări indirecte sau mascate ori cu desene cu substrat; în prezența camarazilor, adoptă o atitudine cinică față de contribuțiile lor, afirmând că scriu numai fiindcă e o slujbă „comodă” sau un mijloc bun de a obține recomandări pentru eliberare.

Deși publicația casei a devenit un obicei de ceva vreme, numai recent a apărut în instituțiile totale o formă oarecum similară de eliberare de rol; mă refer aici la formele de „autoguvernare” și de „terapie de grup”. De obicei, instituționalizatul rostește replicile, iar un membru amabil al personalului oferă supervizarea. Și aici se găsește un fel de învoială între instituționalizați și personal. Instituționalizaților li se acordă privilegiul de a petrece un anumit timp într-un mediu

1. Cererile judecătorești redactate competent de instituționalizați, care circulă în numeroase închisori și spitale psihiatrice, par să aibă aceeași funcție.

relativ „nestructurat" sau egalitar și chiar dreptul de a-și exprima plângerile. În schimb, se așteaptă de la ei să arate mai puțin atașament față de contramoravuri și mai multă receptivitate față de idealul de eu, așa cum li-l definesc angajații.

Faptul că instituționalizații folosesc limbajul oficial și filosofia oficială a personalului în discutarea sau publicarea plângerilor constituie, pentru angajați, un avantaj parțial. Instituționalizații pot să manipuleze explicațiile logice formulate de personal în favoarea instituției și, astfel, să amenințe distanța socială dintre cele două grupuri. Astfel, în spitalele de psihiatrie întâlnim următorul fenomen interesant : angajații folosesc terminologia psihiatrică stereotipă în discuțiile dintre ei sau în cele cu pacienții, dar, când pacienții folosesc, la rândul lor, acest limbaj, îi ridiculizează pentru „pretențiile intelectuale" și pentru evitarea problemei. Poate că elementul distinctiv al formei de eliberare de rolul instituțional prin terapia de grup constă în interesul pe care i-l acordă profesioniștii cu orientare academică, astfel că există deja mai multă literatură despre acest aspect al instituțiilor totale decât despre majoritatea celorlalte aspecte, luate împreună.

Un tip întru câtva diferit de ceremonie instituțională îl constituie petrecerea anuală (uneori are loc de mai multe ori pe an) la care angajații și instituționalizații se „amestecă" prin intermediul unor manifestări standard de sociabilitate, ca mâncatul împreună, jocurile de petrecere și dansul. În astfel de ocazii, membrii personalului și instituționalizații își pot „lua libertăți" ce depășesc granița de castă, iar deschiderea socială poate fi exprimată prin intermediul celei sexuale[1]. În unele cazuri, libertatea poate fi extinsă până la inversarea rituală a rolurilor, în cadrul căreia angajații îi servesc la masă pe instituționalizați și desfășoară alte servicii domestice în beneficiul acestora[2].

Legată adesea de petrecerea anuală din instituțiile totale este sărbătoarea Crăciunului. O dată pe an, instituționalizații împodobesc

1. Desigur, „petrecerea de la birou" care poate fi întâlnită în alte instituții decât cele totale are o dinamică similară și, fără îndoială, a fost prima care a dat naștere la comentarii. Vezi, de exemplu, Gusfield, *op. cit.* Cele mai bune relatări despre aceste evenimente le găsim tot în lucrările de ficțiune. Vezi, de pildă, descrierea petrecerii dintr-o fabrică, făcută de Nigel Balchin în romanul *Private Interests* (Houghton-Mifflin, Boston, 1953), pp. 47-71, descrierea unei petreceri comune pentru angajați și clienți, la un hotel, făcută de Angus Wilson în nuvela „Saturnalia" din volumul *The Wrong Set* (William Morrow, New York, 1950), pp. 68-89, și versiunea petrecerii anuale dintr-un spital psihiatric, descrisă de Kerkhoff, *op. cit.*, pp. 224-225.
2. Vezi Max Gluckman, *Custom and Conflict in Africa* (The Free Press, Glencoe, Ill., 1955), cap. V, „The Licence in Ritual", pp. 109-136.

interiorul și exteriorul instituției cu decorații ușor de scos, în parte furnizate de angajați, alungând astfel din spațiile de locuit ceea ce meniul special va alunga mai târziu și de la masa lor. Instituționalizații primesc mici daruri; anumite îndatoriri de muncă sunt anulate; este mărit timpul acordat vizitelor și se slăbesc restricțiile privitoare la permisii. În general, rigorile vieții instituționale sunt relaxate pentru o zi. Iată varianta dintr-o închisoare britanică:

> Autoritățile au făcut tot ce le-a stat în putință ca să ne înveselească. În dimineața de Crăciun am primit la micul dejun fulgi de porumb, cârnați, șuncă, fasole, pâine prăjită, pâine cu margarină și marmeladă. La prânz am primit friptură de porc, budincă de Crăciun și cafea, iar la cină, plăcintă cu carne și cafea în locul obișnuitei căni de cacao din fiecare seară.
>
> Sălile erau decorate cu ghirlande din hârtie, baloane și clopoței și-n fiecare era câte un brad de Crăciun. În sala de recreere au fost proiectate filme suplimentare. Doi dintre ofițeri mi-au dăruit câte un trabuc. Mi s-a permis să trimit și să primesc câteva telegrame de felicitare și, pentru prima oară de când mă aflu în închisoare, am avut destule țigări[1].

În Statele Unite, de Paște, de 4 Iulie, de Haloween și de Ziua Recunoștinței poate avea loc o versiune diluată a petrecerii de Crăciun.

O ceremonie instituțională interesantă, deseori legată de petrecerea anuală și de sărbătoarea Crăciunului, este spectacolul de teatru al instituției[2]. De cele mai multe ori, actorii sunt din rândul instituționalizaților, iar regizorii, din rândul personalului, dar uneori se pot întâlni și distribuții „mixte". Autorii pieselor sunt, de obicei, membri ai instituției, fie angajați, fie instituționalizați, astfel că piesa poate fi plină de referiri la instituție, dezvăluind, prin utilizarea particulară a acestei forme publice, o trăire specială a realității evenimentelor din instituție. Foarte frecvent, spectacolul constă din scenete satirice prin care sunt ridiculizați membri bine cunoscuți ai instituției, în special dintre cei cu poziții înalte[3]. Dacă, așa cum se

---

1. Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 199. Vezi și McCreery, în Hassler, *op. cit.*, p. 157. Pentru libertățile speciale permise de sărbători într-un spital psihiatric, vezi Kerkhoff, *op. cit.*, pp. 185, 256. Același aspect, pe o navă militară, îl prezintă Melville, *op. cit.*, pp. 95-96. [versiunea în limba română: *op. cit.*, vol. I, pp. 129-139 – n.t.]
2. Vezi, de pildă, versiunea din închisoare, în Norman, *op. cit.*, pp. 69-70.
3. Pentru un exemplu al felului în care deținuții îi satirizează pe gardieni și pe guvernatorul închisorii, vezi Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, pp. 110-111.

întâmplă deseori, toți membrii comunității sunt de același sex, unii actori vor interpreta roluri burlești, cu costume adecvate, ale celuilalt sex. Se testează deseori limitele de libertate, umorul fiind puțin mai picant decât ar fi dispuși să tolereze unii membri ai personalului. Iată ce are de spus Melville, discutând despre relaxarea disciplinei în timpul unui spectacol de teatru la bordul navei și imediat după aceea :

> Cojocel Alb simte nevoia să filozofeze un pic, pe această temă. Priveliștea insolită a ofițerilor care-l aplaudau, laolaltă cu *marinarii de rând*, pe un simplu matelot ca Jack Chase mi-a umplut inima de bucurie. E plăcut, îmi spuneam, să-i vezi pe acești ofițeri recunoscându-se legați de noi printr-o fraternitate omenească ; e plăcut să-i vezi aplaudând calitățile rare ale inegalabilului Jack. Da, există printre noi destui oameni de ispravă, iar eu i-am nedreptățit uneori în gândurile mele[1].

Pe lângă scenetele satirice, se pot prezenta piese dramatice, având ca subiect întâmplările negative din trecutul unor instituții totale similare, în contrast cu prezentul, teoretic, mai bun[2]. Publicul unor asemenea producții va fi alcătuit cu precădere din instituționalizați și angajați, deși, de multe ori, separați ecologic, iar în unele cazuri se poate permite și accesul unor persoane din afară.

Fără îndoială, faptul că producțiile teatrale ale instituției sunt prezentate uneori în fața unui public din exterior le oferă instituționalizaților și angajaților un fundal contrastant pe care să-și perceapă solidaritatea. Și alte tipuri de ceremonii instituționale îndeplinesc

---

1. Melville, *op. cit.*, p. 10 (sublinierea autorului). Melville comentează apoi, cu amărăciune, că la scurt timp după această eliberare de rol, ofițerii și-au demonstrat capacitatea de „a arbora mutra de pe dunetă”, revenind pe de-a-ntregul la strictețea lor obișnuită. [versiunea în limba română : *op. cit.*, vol. I, p. 138 – n.t.] Vezi și Kerkhoff, *op. cit.*, p. 229, și Heckstall-Smith, *op. cit.*, pp. 195-199.
2. Nici ceea ce s-a petrecut „înainte”, nici ceea ce se va petrece „după” nu are prea multă legătură cu faptele, căci fiecare versiune are menirea de a clarifica o situație, nu de a o măsura și, în orice caz, „trecutul” poate fi prezentat ironic din cauza asemănării cu prezentul. Am văzut pacienți psihiatrici din secțiile „bune” dând un spectacol bine popularizat, în care prezentau condițiile caracteristice, teoretic, pentru spitalele de psihiatrie retrograde. S-au folosit costume din epoca victoriană. Publicul a fost alcătuit din oameni de bine, informați în domeniul psihiatriei, din orașul învecinat cu spitalul. La câteva clădiri distanță de locul unde se afla publicul puteau fi observate, pe viu, condiții la fel de proaste ca și cele descrise. În unele cazuri, actorii își știau rolurile foarte bine fiindcă le mai jucaseră și înainte.

această funcție, deseori chiar mai direct. Există tot mai frecvent obiceiul anual al „zilei vizitatorilor”, în timpul căreia rudele membrilor instituției și chiar și publicul larg sunt invitați să viziteze instituția. Oaspeții se pot convinge cu ochii lor de respectarea standardelor omenești. În astfel de ocazii, membrii personalului și instituționalizații tind să se afle în relații vizibil bune, fapt care se plătește de obicei cu moderarea rigorilor obișnuite.

Ziua vizitatorilor este o posibilitate și un succes probabil fiindcă survine în contextul unei „parade instituționale”. Uneori, parada sau fațada se practică în beneficiul unui public din interior, cel mai probabil membri de vază ai instituției, după cum arată un fost pacient psihiatric:

> După terminarea micului dejun, unii pacienți s-au îmbrăcat și au ieșit din secție, apărând la scurt timp după aceea înarmați cu cârpe și perii, cu ajutorul cărora s-au apucat să curețe dușumelele, într-o manieră stranie, mecanică – parcă ar fi fost niște roboți cărora tocmai li s-a învârtit arcul. Această activitate bruscă m-a surprins. Pacienții cu dreptul de a circula liber prin spital au apărut în grabă, aducând covoare noi, viu colorate, pe care le-au întins pe dușumeaua lustruită. Ca prin minune, și-au făcut apariția întârziată unul sau două dulapuri compartimentate și pretutindeni au apărut buchete de flori de vară. Secția era de nerecunoscut, atât părea de diferită. M-am întrebat dacă medicii au văzut-o vreodată în goliciunea-i obișnuită și am fost la fel de surprins când, după plecarea lor, toate podoabele au dispărut la fel de repede cum și apăruseră[1].

Parada instituțională pare a fi adresată în principal vizitatorilor. Uneori, motivul preocupării îl reprezintă vizitarea unui anumit instituționalizat de către o anumită persoană din exterior. De multe ori, vizitatorii nu cunosc obiceiurile din spital și, după cum am arătat anterior, pot formula solicitări stânjenitoare. Aici, instituționalizatul însuși poate juca un rol important în prezentarea instituției. Un medic care a studiat spitalele de psihiatrie ne oferă un exemplu:

> Situația poate fi clarificată întrebând ce se întâmpla când un asemenea pacient primea o vizită. Mai întâi, prezența vizitatorului era anunțată prin telefon, din biroul central al spitalului. Apoi pacientului în cauză i se scotea cămașa de forță, era îmbăiat și îmbrăcat. Făcut prezentabil, pacientul era dus într-o „cameră de vizite” din care nu putea fi văzută secția. Dacă pacientul era prea inteligent pentru a se putea avea încredere în el, nu era lăsat niciodată singur

1. Johnson și Dodds, *op. cit.*, p. 92.

> cu vizitatorul. Însă, în ciuda acestei precauții, se stârneau uneori bănuieli și atunci toți îngrijitorii din secție aveau datoria să țină situația sub control[1].

Camera de vizite din unele instituții totale este importantă. De obicei, atât decorul, cât și comportamentul de acolo se apropie mai mult de standardele din afară decât de cele prevalente în zona de locuit reală a instituționalizatului. Părerea pe care cei veniți din afară și-o formează astfel despre instituționalizați contribuie la micșorarea presiunii pe care, altfel, acești oameni ar ajunge s-o exercite asupra instituției. Faptul că, după un timp, toate cele trei părți implicate – instituționalizatul, vizitatorul și personalul instituției – ajung să-și dea seama că respectiva cameră de vizite înfățișează o imagine cosmetizată, înțeleg faptul că și celelalte părți își dau seama de acest lucru și, totuși, acceptă în mod tacit să perpetueze ficțiunea, constituie o realitate omenească de natură să ne pună pe gânduri.

Parada instituțională poate fi făcută și pentru vizitatorii obișnuiți, spre a le oferi o imagine „adecvată" a instituției, imagine calculată astfel încât să le liniștească groaza nelămurită față de instituțiile în care individul este introdus fără voia lui. Desigur, este foarte probabil ca, deși li se spune că li se va arăta totul, vizitatorilor să li se arate, de fapt, doar indivizii cei mai cooperanți și care pot face impresie bună și, de asemenea, doar acele părți ale așezământului care pot crea impresii favorabile[2]. În spitalele de psihiatrie mari, tratamentele moderne, cum ar fi psihodrama sau terapia prin dans, pot ajunge să joace un rol special în această privință, după cum am arătat anterior; terapeutul și grupul său de pacienți obișnuiți își dezvoltă acea capacitate de a interpreta roluri în fața străinilor care se naște din experiență constantă. În plus, un mic grup de pacienți preferați poate îndeplini, ani la rând, sarcina de a-i însoți pe musafiri în turul lor prin instituție. Vizitatorii ajung foarte ușor să considere loialitatea și abilitățile sociale ale acestor ghizi drept o mostră a caracterului întregului grup de pacienți. Dreptul personalului de a limita, de a inspecta și de a cenzura scrisorile trimise de pacienți în afară și regula frecvent aplicată care le interzice acestora să scrie lucruri negative despre instituție contribuie la păstrarea concepției pe care și-o formează vizitatorii despre așezământul în cauză – și, de asemenea, la înstrăinarea pacienților față de acele persoane din afară cărora nu le pot scrie cu sinceritate. Deseori, distanța fizică mare

1. J.M. Grimes, M.D., *When Minds Go Wrong* (publicată de autor, Chicago, 1951), p. 81.
2. Pentru un exemplu din închisoare, vezi Cantine și Rainer, *op. cit.*, p. 62.

dintre instituție și locuința rudelor instituționalizaților servește nu doar la ascunderea „condițiilor” din interior, ci și la transformarea unei vizite de familie într-o excursie festivă, pentru care sunt potrivite pregătirile consistente făcute de personalul instituției.

Este posibil, desigur, ca vizitatorul să fie unul oficial, implicat în legătura instituțională dintre membrul cu cea mai înaltă funcție din conducere și o agenție responsabilă cu controlul unei întregi clase de instituții ; în astfel de cazuri, ne putem aștepta ca pregătirile pentru paradă să fie deosebit de complexe. Poate fi citat un exemplu din viața de închisoare din Marea Britanie, relatat (cu gramatică deficitară) de un deținut :

> Când și când, pușcăria asta, ca toate ălelalte pușcării din țară, primește vizita comisarului. Asta-i o zi foarte mare în viața gardienilor și a guvernatorilor, c-o zi înainte să apară el încep să facă mare curățenie, toate podelele se freacă și toate alămurile se lustruiesc, se face curățenie ca lumea și prin toalete. Se mătură terenu’ de sport și se smulg buruienile de pe straturile de flori și ni se dă de grijă să fim bine spălați la fund.
>
> În sfârșit vine ziua a’ mare. Comisarul poartă de obicei pardesiu negru și pălărie neagră chiar și vara ; de multe ori poartă umbrelă. Nu știu, zău, pen’ce atâta caz de el, că numa’ vine și ia prânzu’ cu guvernatoru’ se uită oleacă prin pușcărie se suie în mașina aia mare a lui și pleacă iar. Uneori vine chiar când ni se dă mâncarea și gustă din câte ceva și zice : „Cum e mâncarea ? vreo plângere ?”.
>
> Te uiți la guvernator și la gardianu’ șef (că-s după el toată vremea cât e prin pușcărie) după aia răspunzi : „Nici o plângere, domnule”[1].

Indiferent ce efect au astfel de vizite asupra standardelor cotidiene, ele par a avea rolul de a le aminti tuturor celor din așezământ că instituția nu este o lume complet independentă, ci are anumite legături, birocratice și de subordonare, cu structurile din lumea de afară. Parada instituțională, indiferent de publicul ei, le poate sugera instituționalizaților și faptul că se află în cea mai bună instituție de acel tip. Instituționalizații par surprinzător de dispuși să creadă acest lucru despre instituția în care se află. Desigur că, datorită unei atare convingeri, ei pot considera că au un statut în lumea din afară, chiar dacă au dobândit acel statut chiar prin situația care îi izolează de acea lume.

Dezvoltarea paradei instituționale ne învață o chestiune generală despre procesul de simbolizare. În primul rând, partea de instituție etalată este foarte probabil să fie tocmai partea nouă și modernă a

1. Norman, *op. cit.*, p. 103.

instituției, supusă schimbării pe măsură ce se adaugă noi practici sau echipamente. Astfel, când se dă în folosință o nouă clădire de secție într-un spital de psihiatrie, angajații din precedenta clădire „nouă” se pot relaxa, știind că rolul lor de angajați-model și gazde oficiale a fost transferat altora. În al doilea rând, parada nu trebuie neapărat să aibă legătură cu aspectele cu adevărat festive ale instituției, cum ar fi straturile de flori și perdelele apretate, ci pune adesea accentul pe lucruri utilitare, cum ar fi cele mai moderne dotări pentru bucătărie sau un cabinet chirurgical complex ; de fapt, funcția de etalare a unor astfel de echipamente poate să se numere printre motivele care au condus la achiziționarea lor. În sfârșit, fiecare articol etalat va avea, în mod obligatoriu, implicații concrete ; deși acestea pot cu greu să egaleze impresia creată de etalarea obiectului, sunt, totuși, semnificative. De multe ori, panourile cu fotografii afișate în holurile de la intrarea în instituțiile totale, înfățișând ciclul de activități efectuate de instituționalizatul ideal împreună cu angajatul ideal, nu au aproape nimic în comun cu realitatea vieții instituționale, dar, cel puțin, câțiva deținuți petrec o dimineață plăcută pozând. Frescele pictate de instituționalizați pe le care etalează cu mândrie, la vedere, închisorile, spitalele de psihiatrie și alte instituții nu dovedesc faptul că toți instituționalizații sunt încurajați să aibă activități artistice, dar dovedesc că măcar unuia i s-a permis să se cufunde în muncă[1]. Hrana servită în zilele de inspecție și în cele „ale vizitatorilor” pot constitui măcar o îmbunătățire de o zi a meniului obișnuit[2]. Imaginea favorabilă a instituției prezentată în publicația casei și în reprezentațiile de teatru are cel puțin o oarecare validitate, în raport cu viața unui mic procent de instituționalizați care participă la producerea lor. Iar o clădire de prim rang care conține mai multe secții confortabile pentru cei proaspăt sosiți în instituție le poate lăsa vizitatorilor o impresie conformă cu realitatea pentru o parte apreciabilă din populația instituționalizaților.

Se poate adăuga faptul că dinamica aparențelor presupune mai mult decât simplul contrast dintre ceea ce se afișează și realitate. În numeroase instituții se aplică pedepse nelegiferate de regulamentul

1. Un caz exemplar de instituționalizat care exploatează valoarea, pentru relațiile cu publicul, a pasiunii sale îl constituie laboratorul ornitologic închegat de prizonierul Robert Stroud la Leavenworth (vezi Gaddis, *op. cit.*). După cum este de așteptat, instituționalizații-artiști au refuzat uneori să coopereze, respingând libertatea de a picta, oferită în schimbul creării unei lucrări pe care personalul s-o poată folosi drept dovadă a caracterului general al așezământului. Vezi Naeve, *op. cit.*, pp. 51-55.
2. Spre exemplu, Cantine și Rainer, *op. cit.*, p. 61 ; Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, p. 70.

instituției, care se administrează, de obicei, într-o celulă încuiată sau într-un alt loc unde nu se află decât prea puțini instituționalizați sau angajați. Deși aceste acțiuni nu sunt frecvente, ele tind totuși să apară într-un mod structurat, ca o consecință cunoscută sau doar menționată aluziv pentru anumite tipuri de încălcări ale regulilor. Față de rutina cotidiană dintr-o instituție, aceste întâmplări reprezintă ceea ce reprezintă rutina cotidiană în raport cu parada pregătită pentru oaspeții din afară, și toate cele trei aspecte ale realității – cel ascuns de instituționalizați, cel dezvăluit instituționalizaților și cel arătat vizitatorilor – trebuie să fie considerate împreună, ca trei părți ale unui întreg, strâns legate între ele și cu funcții diferite.

Am arătat că vizitele individuale, ziua vizitatorilor și inspecțiile le permit celor din afară să se convingă de faptul că în instituție totul merge bine. Alte practici instituționale oferă aceeași ocazie. Spre exemplu, există o convenție interesantă între instituțiile totale și artiștii amatori sau foști profesioniști. Instituția oferă scena propriu-zisă și garantează un public generos cu aplauzele, iar actorii sau cântăreții oferă un spectacol gratuit. Fiecare dintre cele două părți poate avea o nevoie atât de mare de serviciile oferite de cealaltă, încât relația depășește uneori chestiunea gusturilor personale și devine aproape simbiotică[1]. În orice caz, în timp ce membrii instituției urmăresc spectacolul oferit de artiști, aceștia se pot convinge că relațiile dintre angajați și instituționalizați sunt suficient de

1. Suntem conștienți cât de mare nevoie au instituțiile totale de spectacolele artistice gratuite, dar tindem să fim mai puțin conștienți ce nevoie disperată au artiștii neprofesioniști de un public căruia să-i ofere spectacole gratuite. Spre exemplu, spitalul de psihiatrie pe care l-am studiat avea, după toate aparențele, singura scenă din împrejurimi suficient de mare încât să încapă simultan pe ea toți membrii unei anumite școli de dans. Unora dintre părinții elevilor acelei școli nu le plăcea prea mult să intre pe teritoriul spitalului, dar, dacă școala voia să execute numere de dans cu toți elevii, trebuia să folosească scena spitalului. În plus, părinții plăteau taxa pentru cursurile de dans și se așteptau ca fiica lor să apară în spectacolul anual al școlii, indiferent cât de mult reușise copilul să învețe și chiar indiferent dacă era suficient de mare ca să poată asimila instruirea. Ca atare, unele numere de dans din spectacol cereau un public deosebit de îngăduitor. Pacienții pot constitui un asemenea public, din moment ce mulți dintre ei sunt duși în sala de spectacol sub disciplina unui îngrijitor ; o dată ajunși în sală, vor privi totul sub aceeași disciplină, din moment ce încălcarea regulilor poate duce la anularea privilegiului de a părăsi salonul în astfel de ocazii. Același gen de legătură disperată există între publicul spitalului și un grup de funcționari blajini care alcătuiesc o formație de clopoței.

armonioase pentru ca aceste două grupuri să se adune laolaltă, aparent de bună voie, pentru o seară de divertisment ieșită de sub restricțiile disciplinei celei mai stricte.

Teoretic, ceremoniile instituționale care se petrec prin intermediul publicației casei, al întâlnirilor de grup, al casei deschise și al spectacolelor caritabile îndeplinesc funcții sociale latente ; unele dintre ele par deosebit de clare într-un alt tip de ceremonie instituțională : sporturile de echipă, jucate de o echipă de instituționalizați și o echipă din afara instituției. Echipa instituției cuprinde, de obicei, performeri aleși prin competiție, dintre toți instituționalizații. Concurând cu rezultate bune cu echipa din afară, performerii își asumă roluri care ies în mod palpabil din stereotipul instituționalizatului, din moment ce sportul de echipă necesită calități ca inteligența, talentul, perseverența, spiritul de cooperare și chiar onoarea, iar aceste roluri sunt asumate chiar în confruntare cu observatorii din afară și din rândul personalului. În plus, echipa din afară și suporterii pe care reușește să-i aducă pe teritoriul instituției sunt obligați să vadă că acolo, înăuntru, există locuri firești în care se desfășoară lucruri firești. În schimbul permisiunii de a demonstra aceste lucruri cu privire la ei înșiși, instituționalizații transmit, prin intermediul echipei lor, anumite mesaje cu privire la instituție. Angajându-se într-un demers definit ca imposibil de asumat cu forța, echipa instituționalizaților le demonstrează celor din afară și propriilor camarazi că personalul instituției nu este tiranic – cel puțin în acest context – și că o echipă de instituționalizați este dispusă să-și asume rolul de a reprezenta instituția și i se permite să facă acest lucru. Prin încurajările verbale oferite echipei proprii, atât angajații, cât și instituționalizații demonstrează implicarea comună și similară în instituție ca entitate[1]. Incidental, membrii personalului pot nu doar să antreneze echipele instituționalizaților, ci și să joace din când în când în ele, acceptând, pe perioada jocului, remarcabila anulare a diferențelor sociale pe care o poate crea sportul. Acolo unde nu au loc competiții cu echipe din afara instituției, acestea pot fi înlocuite cu competiții interne, la care vizitatorii veniți din afară alcătuiesc un fel de echipă simbolică, având rolul de a privi, de a arbitra și de a acorda premiile[2].

Liturghiile de duminică și distracțiile duminicale sunt puse uneori în opoziție ; în instituțiile totale, acest fapt poate fi explicat în parte printr-o inutilă dublare a funcției. La fel ca evenimentele sportive și spectacolele gratuite, slujba religioasă este o ocazie în care se

---

1. Vezi, de pildă, comentariile lui Behan, *op. cit.*, pp. 327-329, cu privire la sporturile din închisoare.
2. Pentru un exemplu din închisoare, vezi Norman, *op. cit.*, pp. 119-120.

poate demonstra solidaritatea dintre angajați și instituționalizați, arătându-se faptul că, în anumite roluri irelevante, și unii, și ceilalți fac parte din același public în fața aceluiași spectacol venit din afară.

În toate situațiile de viață ceremonială unificată pe care le-am menționat există probabilitatea ca personalul să joace mai mult decât un rol de supervizare. Deseori, un funcționar superior participă ca simbol al conducerii și (se speră) al întregii instituții. Se îmbracă îngrijit, este emoționat de ocazie, oferă zâmbete, discursuri și strângeri de mână. Inaugurează noile clădiri din complexul instituției, își dă „binecuvântarea" pentru noile echipamente achiziționate, arbitrează concursurile și înmânează premiile. Cât timp acționează în această calitate, interacțiunea sa cu instituționalizații capătă o blândețe aparte; este probabil ca instituționalizații să arate stânjeneală și respect, iar el să manifeste la adresa lor o atitudine de unchi. Una dintre funcțiile îndeplinite de instituționalizații bine cunoscuți în instituție este aceea de a le oferi funcționarilor superiori subiecți despre care aceștia cunosc destule ca să-i poată folosi drept parteneri pentru rolul de unchi. În spitalele noastre de psihiatrie foarte mari și cu orientare binevoitoare, membrii conducerii pot fi nevoiți să-și petreacă o bună parte din timp făcându-și apariția la aceste manifestări ceremoniale, oferindu-ne unele dintre ultimele ocazii de a observa pe viu, în societatea modernă, rolul stăpânului feudal. În paranteză fie spus, aspectele aristocratice ale acestor ceremonii nu trebuie privite superficial, căci modelul unora dintre ele pare a fi reprezentat de „sărbătoarea anuală", în cadrul căreia țăranii arendași, servitorii și stăpânii unei „case mari" se adunau pentru expoziții de flori, pentru sporturi și chiar pentru baluri cu un anumit caracter „mixt"[1].

Ar mai trebui adăugate unele comentarii finale cu privire la ceremoniile instituționale. Ele tind să aibă loc periodic, la intervale suficient de rare, și să dea naștere unei oarecare emoții la nivel social. La ele participă toate grupările din instituție, indiferent de rang sau poziție, dar primesc un loc care să le exprime poziția. Aceste practici ceremoniale se pretează foarte bine unei analize durkheimiene: prin intermediul acestor ceremonii, o societate împărțită în mod periculos în instituționalizați și angajați își poate menține

1. Pentru o prezentare recentă, conținând și scenetele montate de servitori în care sunt ironizați stăpânii, vezi M. Astor, „Childhood at Cliveden", *Encounter*, XIII (septembrie 1959), pp. 27-28. Sărbătorile la care participă un sat întreg și mai multe familii de nobili din partea locului sunt descrise, desigur, în numeroase romane englezești, spre exemplu în *The Go-Between* de L.P. Hartley. O bună descriere de tip ficțiune se găsește în *The Loneliness of the Long-Distance Runner*, de Alan Sillitoe.

unitatea. Conținutul ceremoniilor sprijină același gen de interpretare funcționalistă. Spre exemplu, în rolul jucat de instituționalizați în aceste ceremonii apare deseori o aluzie la rebeliune sau chiar o mică răbufnire de acest fel. Subordonații cârtesc într-un mod sau altul împotriva superiorilor ierarhici, indiferent dacă o fac printr-un articol ironic, printr-o schiță satirică sau printr-un exces de familiarism în timpul unui dans. În această privință, putem să luăm de exemplu analiza lui Max Gluckman și să argumentăm că însăși tolerarea acestor oscilații constituie un semn al poziției puternice pe care o are instituția.

> Așadar, punerea în act a conflictelor, indiferent dacă în mod direct, prin inversare sau în alte forme simbolice, subliniază coeziunea socială în interiorul căreia există conflictul[1].

Traducerea în fapt a revoltei în fața autorităților, într-un moment când acest lucru este permis, înseamnă a renunța la conspirație în favoarea exprimării.

Dar o simplă analiză funcționalistă a ritualurilor instituționale nu este întru totul convingătoare, excepție făcând efectul ce pare să rezulte ocazional în urma terapiei de grup. În multe cazuri, se poate pune întrebarea subtilă dacă aceste renunțări la rol creează, la drept vorbind, vreun fel de solidaritate între angajați și instituționalizați. Angajații au obiceiul de a se plânge unii altora de plictiseala pe care le-o provoacă aceste ceremonii și de faptul că sunt obligați să participe, din propria *noblesse oblige* sau, mai rău, din cea a superiorilor. Instituționalizații participă deseori fiindcă, indiferent unde ar avea loc ceremonia, beneficiază de mai mult confort și de mai puține restricții decât în mod normal. În plus, ei participă uneori și ca să atragă atenția personalului și să obțină eliberarea mai devreme. Poate că o instituție totală are nevoie de ceremonii colective pentru că este ceva mai mult decât o organizație formală; dar ceremoniile sale sunt deseori ipocrite și plicticoase, poate fiindcă este ceva mai puțin decât o comunitate.

Indiferent ce le oferă o ceremonie membrilor unei instituții totale, oferă ceva apreciabil celor care studiază aceste organizații. Modificând temporar relația obișnuită dintre angajați și instituționalizați, ceremoniile demonstrează că diferența de caracter dintre cele două grupuri nu este inevitabilă și nici imuabilă. Oricât de plicticoasă (și

---

1. Gluckman, *op. cit.*, p. 125. Vezi și *Rituals of Rebellion in South-East Africa*, de același autor, The Frazer Lecture, 1952 (Manchester University Press, Manchester, 1954).

oricât de funcțională), ceremonia marchează cu adevărat lăsarea la o parte și chiar inversarea dramei sociale obișnuite și, astfel, ne amintește faptul că ceea ce s-a lăsat deoparte are un caracter teatral, nu unul concret. Inflexibilitatea, tachinarea colectivă a personalului și încălcarea graniței care-i desparte pe instituționalizați de angajați sugerează toate, în mod similar, că realitatea socială dintr-o instituție totală este precară. Cred că nu ar trebui să ne surprindă slăbiciunile în aplicarea distanței sociale stricte, ci să ne mirăm că nu apar și mai multe scăpări.

Începând cu obiectivele, regulamentele, funcțiile și rolurile, instituțiile de toate felurile par să sfârșească prin a adăuga profunzime și culoare acestor elemente. Se alocă îndatoriri și recompense economice, dar, în același timp, se atribuie și caracterul, și existența. În instituțiile totale, aspectele de autodefinire ale funcției par să fie duse la extrem. Devenind membru al instituției, individul este considerat a avea anumite trăsături și însușiri de caracter esențiale; în plus, aceste trăsături vor diferi radical, în funcție de grupul în care a intrat: al angajaților sau al instituționalizaților.

Rolul angajatului și cel al instituționalizatului acoperă toate aspectele vieții. Dar aceste portrete complete trebuie interpretate de civili care au învățat deja și au aprofundat alte roluri și alte posibilități de relaționare. Cu cât instituția încurajează mai mult ipoteza că angajații și instituționalizații fac parte din tipuri umane profund diferite (ca, de exemplu, prin reguli care interzic interacțiunea socială neoficială între cele două grupuri) și cu cât este mai profundă drama diferenței dintre aceste două categorii, cu atât spectacolul devine mai puțin compatibil cu repertoriul civil al actorilor și mai vulnerabil la acest repertoriu.

Există așadar temeiuri pentru a afirma că una dintre principalele realizări ale instituțiilor totale este aceea de a pune în scenă o diferență între două categorii construite de persoane – o diferență în privința calității sociale și a caracterului moral, o diferență în perceperea propriei persoane și a altuia. Astfel, într-un spital de psihiatrie, toate acordurile sociale par să indice diferența profundă dintre un medic și un pacient; într-o închisoare, diferența dintre un funcționar și un deținut; iar în unitățile militare (mai ales în cele de elită), diferența dintre ofițeri și soldați. Aceasta, cu siguranță, este o realizare socială de seamă, deși ne putem aștepta ca asemănarea dintre actori, confirmată de ceremoniile instituționale, să creeze unele probleme la punerea în scenă și, în consecință, unele dificultăți personale.

Aș vrea să menționez un simptom al dificultăților de punere în scenă. În instituțiile totale apar, în mod caracteristic, întâmplări anecdotice cu privire la identitate. Instituționalizații relatează momentele

când au fost luați drept membri ai personalului și au purtat o vreme această identitate falsă, ori despre momentele când au luat un membru al personalului drept camarad de-al lor ; angajații povestesc, de asemenea, despre momente când au fost luați drept instituționalizați. Găsim și glume pe seama identității, în care un membru al unui grup acționează, pentru scurtă vreme, ca un membru al celuilalt grup, sau se poartă, tot pentru scurt timp, cu un alt membru al grupului propriu ca și cum ar aparține celuilalt grup, cu scopul declarat de a se amuza. Scenetele anuale care satirizează personalul reprezintă o sursă a acestor glume ; o altă sursă o constituie jocurile zgomotoase și fără consecințe de pe parcursul zilei. Putem, de asemenea, să găsim scandaluri de identitate, când se stăruie asupra situațiilor în care un individ a făcut parte inițial din personalul instituției, a fost discreditat într-un fel sau altul și a devenit membru al grupului instituționalizaților, în aceeași instituție (sau în același tip de instituție). Presupun că aceste preocupări privind identitatea indică dificultatea de a menține aparența diferențelor între persoane care ar putea, în multe cazuri, să inverseze rolurile și să joace în echipa opusă. (De fapt, aceste persoane chiar se angajează în jocuri de rol inversat.) Nu este clar ce probleme rezolvă aceste ceremonialuri, dar este clar ce probleme indică.

Amendamente și concluzii

I

Am prezentat instituțiile totale din punctul de vedere al unei singure articulări fundamentale : cea dintre instituționalizați și angajați. Procedând astfel, mă aflu în situația de a mă întreba ce omite și ce distorsionează această concepție.

Într-un studiu mai aprofundat asupra instituțiilor totale, ar fi important de cercetat diferențierile tipice de rol care apar *în interiorul* fiecăruia dintre aceste două grupuri principale[1] și funcțiile

1. O prezentare a diferențierilor de rol în rândul prizonierilor poate fi găsită în Sykes, *Society of Captives*, cap. V, „Argot Roles”, pp. 84-108, și în lucrarea „Men, Merchants, and Toughs ; A Study of Reactions to Imprisonment” a aceluiași autor, *Social Problems*, IV (1956), pp. 130-138.

instituționale ale acelor poziții mai puternic specializate. Unele dintre aceste roluri speciale au fost menționate în prezentarea sarcinilor instituționale speciale : unii dintre membrii personalului vor trebui să joace rolul reprezentantului oficial al instituției în consiliile societății largi și, pentru aceasta, va trebui să-și creeze o imagine neinstituțională ; alți membri ai personalului vor avea sarcina de a se ocupa de vizitatori și de alte legături ale instituționalizaților ; unii vor trebui să ofere servicii profesionale, iar alții vor trebui să petreacă un timp în contact relativ apropiat cu instituționalizații. Ba, chiar, cineva va trebui să reprezinte, în ochii instituționalizaților, simbolul personal al instituției, un simbol asupra cărora aceștia pot proiecta multe tipuri de trăiri afective[1]. O cercetare aprofundată a instituțiilor totale ar trebui să acorde atenție în mod sistematic acestor diferențieri din interiorul categoriilor.

Există două aspecte ale diferențierii intragrupale de rol pe care aș vrea să le discut aici, amândouă având de-a face cu dinamica de la nivelul cel mai de jos al personalului. O caracteristică specială a acestui grup constă în aceea că, foarte probabil, membrii săi sunt angajați cu vechime pe post și, ca urmare, purtătorii tradiției, în timp ce în rândul personalului superior și chiar al instituționalizaților există o fluctuație mai ridicată[2]. Astfel, ei pot ajunge să devieze ura nutrită de instituționalizați față de personalul superior și să facă posibil ca, dacă un instituționalizat interacționează cu un membru al personalului superior, acesta să manifeste bunătate ca de unchi și chiar să acorde favoruri[3]. Actele de clemență sunt posibile pur și simplu în virtutea faptului că, la fel ca toți unchii, membrii personalului superior nu au sarcina imediată de a-i disciplina pe instituționalizați, iar contactele cu aceștia sunt atât de rare, încât manifestările de indulgență nu perturbă disciplina generală. Cred că, foarte adesea, instituționalizații capătă o impresie de siguranță din simțământul,

---

Pentru tipurile de pacienți psihiatrici așa cum le definește personalul, vezi Otto von Mering și S.H. King, *Remotivating the Mental Patient* (Russell Sage Foundation, New York, 1957), mai ales pp. 27-47, „A Social Classification of Patients".

1. Dinamica acestui proces este conturată în bine cunoscutul studiu al lui Freud, *Psihologia grupului și analiza Eului*. Pentru o aplicație, vezi Etzioni, *op. cit.*, p. 123. Există și alte obiecte ale proiecției, cum ar fi, de exemplu, mascota echipei, și poate că ar trebui considerate toate împreună.
2. Vezi, de pildă, Belknap, *op. cit.*, p. 110.
3. Vezi, spre exemplu, Elliott Jaques, „Social Systems as a Defence against Persecutory and Depressive Anxiety", în Melanie Klein *et. al.*, *New Directions in Psycho-Analysis* (Tavistock, Londra, 1955), p. 483.

oricât de iluzoriu, că, deși cei mai mulți membri ai personalului sunt răi, cel care îi conduce este cu adevărat bun – chiar dacă aceasta este, poate, doar o iluzie provocată de subalternii lui. (O expresie a acestei situații apare în povestirile și în filmele populare despre poliție: polițiștii de la nivelurile inferioare pot fi sadici, plini de prejudecăți sau corupți, dar cel de la conducerea organizației este „OK”.) Acesta este un bun exemplu a ceea ce Everett Hughes numește „diviziunea morală a muncii” – căci, în acest caz, diferența între îndatoriri determină, fără echivoc, diferențierea atributelor morale care i se atribuie individului.

Al doilea aspect al diferențierii rolurilor la nivelul personalului pe care vreau să-l prezint are de-a face cu modelele de respect. În societatea civilă, ritualurile interpersonale pe care indivizii și le acordă reciproc atunci când se află unul în prezența fizică imediată a celuilalt au o componentă esențială de spontaneitate oficială. Cel care oferă are obligația de a îndeplini acest ritual într-o manieră necalculată, imediată, în absența reflecției, dacă dorește ca acțiunea să fie expresia validă a presupusei sale stime față de destinatar; altfel, cum ar putea aceste acțiuni să „exprime” trăiri interioare? Cel care oferă poate face acest lucru pentru că a învățat ritualurile standardizate de respect ale societății sale atât de devreme în viață, încât, la vârsta adultă, ele constituie o a doua natură. Din moment ce respectul manifestat de emițător față de destinatar se presupune a fi o exprimare directă și liberă, destinatarul nu poate solicita respectul cuvenit dacă acesta nu se manifestă. Prin coerciție se pot obține acțiuni, dar demonstrarea forțată a unui simțământ rămâne o simplă demonstrație. Un destinatar jignit poate lua măsuri împotriva persoanei care nu arată suficient respect, dar, de obicei, trebuie să deghizeze motivul specific al acțiunii corective. Se presupune că doar copiii pot fi sancționați fățiș de către destinatar pentru că n-au arătat respectul cuvenit; acesta este unul dintre indiciile faptului că ne considerăm copiii persoane încă în devenire.

Pare caracteristică pentru toate așezămintele, și mai ales pentru instituțiile totale, existența anumitor forme de respect specifice, instituționalizații fiind emițătorii, iar membrii personalului fiind destinatarii. Pentru ca lucrurile să se desfășoare astfel, cei care urmează să primească exprimări spontane de stimă trebuie să fie chiar aceia care îi învață pe ceilalți formele de respect și le impun. De aici rezultă că, în instituțiile totale, o diferență crucială față de viața civilă constă în faptul că respectul capătă o bază oficială, formulându-se cerințe specifice și acordându-se pedepse specifice pentru încălcarea lor; se cer nu doar simple acțiuni, ci și manifestarea exterioară a simțămintelor. Exprimarea unor atitudini ca insolența va fi penalizată în mod explicit.

Personalul se apără parțial de această relaționare modificată față de deferență prin anumite mecanisme standard. În primul rând, dacă instituționalizații sunt definiți ca parțial adulți, angajații nu simt o diminuare a respectului de sine dacă-i obligă pe cei pe care-i au în grijă să manifeste respect. În al doilea rând, găsim uneori, mai cu seamă în armată, ideea că este salutată uniforma și nu omul care o poartă (așa că omul nu cere respect pentru sine însuși) ; legat de aceasta, găsim ideea că „nu contează ce simți, atât timp cât nu-ți arăți simțămintele". În al treilea rând, angajații cu statut inferior pot să efectueze instruirea, cei de la nivelurile superioare rămânând liberi să primească manifestările spontane de deferență. Gregory Bateson arată :

> În esență, rolul membrului intermediar constă în a-l instrui și disciplina pe cel de-al treilea membru cu privire la formele de comportament pe care acesta trebuie să le adopte în contactele cu primul. Educatoarea de la grădiniță îl învață pe copil cum să se poarte cu părinții săi, la fel cum cadrele militare medii îl instruiesc și-l disciplinează pe soldatul de rând cu privire la felul cum să se poarte cu ofițerii[1].

Am discutat unele diferențe intragrupale. După cum nici grupul angajaților și nici acela al instituționalizaților nu este omogen, tot astfel, o simplă delimitare între grupurile de angajați și grupurile de instituționalizați poate ascunde uneori fapte importante. În unele instituții, poziția de om de încredere sau de „adjunct", în rândul instituționalizaților, nu diferă prea mult, ca funcții și prerogative, de nivelul inferior al personalului – gardienii ; de fapt, uneori, individul din stratul inferior care ocupă cea mai înaltă poziție are mai multă putere și mai multă autoritate decât cel care ocupă poziția cea mai de jos din stratul superior[2]. Mai mult decât atât, unele instituții le impun *tuturor* membrilor să suporte anumite privațiuni fundamentale, un fel de ceremonie colectivă a dificultăților, care poate fi considerată (din punctul de vedere al efectelor sale) alături de petrecerea anuală de Crăciun și de alte ceremonii instituționale. Exemple grăitoare se găsesc în literatura despre mănăstirile de maici :

> Toți membrii comunității, inclusiv maica stareță, locuiau în aceleași condiții, indiferent de vârstă, de rang sau de funcție. Călugărițele

1. Gregory Bateson, în M. Mead și R. Métraux (eds.), *The Study of Culture at a Distance* (University of Chicago Press, Chicago, 1953), p. 372.
2. Vezi, de pildă, prezentarea rolului șefului de echipaj în Richardson, *op. cit.*, pp. 15-18. Un alt exemplu îl constituie sergentul-major de regiment și de batalion, în comparație cu locotenentul de pluton.

> din cor, artistele, doctorii în medicină și în științele umaniste, călugărițele bucătărese, spălătorese și cizmărese, ca și surorile țărănci care munceau în grădinile de legume trăiau în chilii strâmte, toate identice în privința formei, a conținutului, a felului în care erau aranjate patul, masa, scaunul și cuverturile împăturite în trei de pe fiecare scaun[1].
>
> Sfânta Clara a stabilit că stareța și adjuncta ei trebuie să se conformeze vieții de rând în toate privințele. Cu atât mai mult celelalte ! Concepția Sfintei Clara cu privire la prerogativele superiorilor era complet nouă în secolul ei. O stareță clarisă nu are nici suită și nici trenă. Nu poartă cruce pe piept, ci doar aceeași verighetă subțire (de doi dolari și jumătate) ca și fiicele ei. Actualmente, stareța noastră poartă un petic mare pe partea din față a rasei. L-a cusut acolo cu mâinile ei, aceleași mâini care au tăiat felii merele și le-au curățat de viermi, împreună cu cele mai bune dintre ele, aceleași mâini care mânuiesc prosopul de vase ca niște mâini de specialistă[2].

Așadar, pentru unele mănăstiri de călugărițe, ideea delimitării între angajați și instituționalizați nu este utilă ; găsim mai degrabă un singur grup colegial, stratificat intern după criteriul unei singure ierarhii cu gradații fine. În plus, în anumite instituții totale, cum sunt școlile cu internat, poate fi util să adăugăm, pe lângă stratul profesorilor și cel al elevilor, un al treilea strat, al personalului de întreținere.

Instituțiile totale diferă considerabil din punctul de vedere al gradului de diferențiere a rolurilor la nivelul angajaților și al instituționalizaților și din cel al clarității delimitării dintre cele două straturi. Mai există și alte diferențe importante pe care le-am menționat doar în treacăt ; aș vrea să examinez mai detaliat una dintre ele.

Recruții intră în instituțiile totale cu atitudini diferite. La o extremă se află intrarea întru totul nevoluntară a celor condamnați la închisoare, închiși într-un spital de psihiatrie sau obligați să se înroleze la bordul unei nave. Poate că tocmai în aceste condiții, versiunea instituționalizatului ideal, așa cum o vede personalul, are cele mai

---

1. Hulme, *op. cit.*, p. 20.
2. Francis, *op. cit.*, pp. 179-180. Regula existentă în tradiția militară anglo-americană, care spune că ofițerii trebuie să înfrunte toate riscurile la care îi supun pe oamenii lor și, în bătălie, să se ocupe de hrana și de confortul acestora mai înainte de hrana și de confortul propriu constituie o variațiune subtilă a acestor ceremonii ale dificultăților ; arătând *mai multă* grijă față de oamenii lor decât față de ei înșiși, ofițerii pot să-și întărească legăturile cu aceștia și, în același timp, să păstreze distanța.

puține șanse de a „prinde”. La cealaltă extremă se află instituțiile religioase care au de-a face doar cu cei care simt că au chemare și, dintre acești voluntari, îi acceptă doar pe cei care par mai potriviți și cu intențiile cele mai serioase. (Probabil că unele școli de ofițeri și unele școli de instruire politică intră, la rândul lor, în aceeași categorie.) În astfel de cazuri, convertirea pare să se fi produs deja și rămâne doar să i se arate neofitului pe ce căi se poate autodisciplina cel mai bine. La jumătatea distanței între extreme găsim acele instituții, cum este armata în cazul serviciului militar obligatoriu, în care instituționalizaților li se cere să intre, dar li se oferă numeroase ocazii de a constata că participarea lor este justificabilă, cerută de propriile interese majore. Evident, în instituțiile totale vor apărea diferențe semnificative de tonalitate, în funcție de tipul de recrutare: voluntară, semivoluntară sau nevoluntară.

Pe lângă variabila reprezentată de modul de recrutare, mai există o alta: gradul în care angajații luptă în mod explicit pentru stimularea autoreglării în cazul instituționalizaților. În instituțiile de custodie și în cele de muncă, teoretic, instituționalizatul trebuie să se supună doar standardelor acționale; spiritul și simțămintele pe care le nutrește față de sarcinile executate nu par să facă obiectul preocupărilor oficiale. În lagărele pentru spălarea creierului, în instituțiile religioase și în cele pentru psihoterapie intensivă, simțămintele personale ale instituționalizatului intră în discuție. Simpla supunere la regulile interne nu pare suficientă în aceste instituții, iar asimilarea de către instituționalizat a standardelor promovate de personal constituie atât un scop activ, cât și o consecință indirectă.

O altă dimensiune a diferențelor dintre instituțiile totale constă în ceea ce putem numi permeabilitatea lor, adică măsura în care standardele sociale respectate în instituție și standardele sociale respectate în societatea înconjurătoare s-au influențat reciproc, consecința fiind micșorarea diferențelor. În paranteză fie spus, acest aspect ne dă ocazia să luăm în considerare anumite relații dinamice dintre o instituție totală și societatea care o susține sau o tolerează.

Examinând procedurile de intrare în instituțiile totale, ne pot izbi deseori aspectele impermeabile ale instituției, din moment ce procesele de degradare și de aducere la numitor comun care survin cu această ocazie depășesc diferitele caracteristici sociale cu care intră recrutul. Sfatul Sfântului Benedict pentru stareț tinde să fie urmat:

> El nu trebuie să facă nici o diferență între persoanele din mănăstire. Nici unul nu trebuie să primească mai multă iubire decât altul, decât dacă excelează în munca lui sau în supunere. Cel cu origine

nobilă să nu fie ridicat mai presus decât cel care a fost înainte sclav, decât dacă intervine un alt motiv rațional pentru aceasta[1].

După cum am arătat anterior, cadeții din școlile militare află că discuțiile „despre avere și despre mediul familial sunt tabu" și că, „deși leafa cadetului e foarte mică, nu i se permite să primească bani de acasă"[2]. Chiar și sistemul ierarhiei în funcție de vârstă, existent în societatea largă, se poate opri la porțile instituției, după cum ilustrează în mod extrem unele instituții religioase :

Gabrielle s-a îndreptat spre locul care avea să rămână al ei pentru totdeauna : a treia în șirul de patruzeci de candidate. Era a treia din grup, ca vârstă, în ordine descrescătoare, fiindcă se înscrisese a treia în acea zi, cu mai puțin de o săptămână în urmă, când ordinul își deschisese porțile pentru a primi noi membre. Din clipa aceea, vârsta ei cronologică a încetat să mai existe și s-a născut singura vârstă pe care o va avea de atunci înainte : vârsta ei în viața religioasă[3].

(Exemple mai moderate ale aceluiași proces se pot întâlni în aviația militară și în departamentele de știință ale universităților, unde, în perioadele de criză națională, pot fi tolerați oameni foarte tineri în posturi foarte înalte.) După cum se poate anula vârsta cronologică, tot astfel, în anumite instituții totale radicale, numele membrilor poate fi schimbat la intrarea lor în instituție, (probabil) pentru a simboliza cât mai sugestiv ruptura cu trecutul și îmbrățișarea vieții din instituție.

O anumită impermeabilitate la nivelul instituției pare necesară pentru menținerea moralului și a stabilității. Tocmai prin suprimarea elementelor de diferențiere socială din exterior, instituția totală poate întări gradul de orientare față de propriul sistem de onoruri. Astfel, prezența câtorva pacienți psihiatrici cu statut socio-economic superior îi poate asigura pe toți ceilalți că există un rol distinct al pacientului psihiatric, că instituția nu este un simplu coș de gunoi pentru „resturile" din clasele inferioare și că soarta de instituționalizat nu este una pe care o suferă doar din cauza mediului lor de origine ; același

1. *The Holy Rule of Saint Benedict*, cap. 2.
2. Dornbusch, *op. cit.*, p. 317. Un exemplu renumit al acestui tip de nivelare ierarhică se găsește în sistemul din școlile publice britanice, care impune elevilor din clasele mai mici să îndeplinească sarcini de servitor pe lângă elevii din clasele mai mari.
3. Hulme, *op. cit.*, pp. 22-23. Concepția benedictină cu privire la anularea vârstei poate fi găsită în *The Holy Rule of Saint Benedict*, cap. 63.

lucru se poate spune despre rolul „ștabilor" în închisorile britanice și despre cel al călugărițelor din familii nobile în mănăstirile franceze. În plus, dacă instituția are o misiune militantă, cum se întâmplă în cazul anumitor instituții religioase, militare și politice, inversarea parțială, în interior, a statutelor din exterior poate funcționa ca un memento permanent cu privire la diferențele și ostilitatea dintre instituție și societatea în care există ea. Trebuie remarcat faptul că, prin anularea în această manieră a diferențelor valide în exterior, cea mai aspră instituție totală poate fi cea mai democrată ; de fapt, convingerea instituționalizatului că nu este tratat mai rău decât tovarășii săi poate constitui o sursă de sprijin, dar și de privațiuni[1]. Dar impermeabilitatea acestor instituții are o valoare limitată.

Am descris deja rolul de reprezentant pe care membrii cei mai importanți ai personalului pot fi obligați să-l joace. Dacă se dorește ca ei să activeze elegant și eficient în comunitatea largă, s-ar putea dovedi avantajos să fie recrutați din același grup social restrâns din care provin liderii celorlalte unități sociale din comunitate. În plus, dacă membrii personalului sunt recrutați în mod uniform dintr-un strat al societății cu statut superior, ferm legitimat ca atare, față de stratul din care se recrutează uniform instituționalizații, atunci probabil că falia din societate va sprijini și va da stabilitate dominației personalului. Armata britanică pare să fi ilustrat acest lucru până la primul război mondial, căci toți soldații vorbeau cu accent „de rând", în timp ce toți ofițerii vorbeau engleza de școală publică, obținută prin așa-numita „bună educație". La fel, din moment ce meșteșugul, breasla și profesia celor care ajung instituționalizați sunt deseori necesare în interiorul instituției, personalul va permite în mod firesc și chiar va încuraja transferul de rol, din afară, înăuntru[2].

Așadar permeabilitatea unei instituții totale poate avea consecințe variabile pentru mecanismele și pentru coeziunea ei internă. Acest lucru îl ilustrează adecvat poziția precară a personalului de la

1. Aceasta constituie, desigur, un dezavantaj pentru medicii din conducerea spitalelor psihiatrice, care adaptează tratamentul la fiecare diagnostic individual.
2. Acest lucru este valabil chiar și în lagărele de concentrare. Vezi, de exemplu, Cohen, *op. cit.*, p. 154. Sfântul Benedict (cap. 57) a remarcat cu înțelepciune pericolul prezentat de această practică : „Dacă există meșteșugari în mănăstire, să-și practice meșteșugul cu toată umilința și cu adânc respect, dacă așa poruncește starețul. Dar dacă vreunul dintre ei devine mândru de meșteșugul său, prin aceea că pare să aducă anumite beneficii mănăstirii, trebuie îndepărtat de meșteșugul său și nu mai trebuie să-l practice vreodată, decât dacă, cumva, după ce și-a manifestat umilința, starețul îi cere să și-l reia".

nivelul inferior. Dacă instituția are o permeabilitate apreciabilă față de comunitatea în care funcționează, atunci acești membri ai personalului pot avea aceeași origine socială ca și instituționalizații sau chiar una inferioară acestora. Fiindcă împărtășesc cultura lumii de origine a instituționalizaților, acești angajați pot servi drept canal natural (deși deseori blocat pentru comunicarea ascendentă) de comunicare între personalul superior și instituționalizați. Dar, pe același temei, vor avea dificultăți în a respecta distanța socială față de cei pe care-i au în grijă. Un cercetător al închisorilor a argumentat recent că acest aspect poate complica rolul gardianului, mărind probabilitatea ca instituționalizații să îl ia în derâdere și să se aștepte ca el să se comporte îngăduitor, rezonabil și să fie coruptibil[1].

Oricare ar fi avantajele și dezavantajele inflexibilității și oricât de radicală și de militantă pare a fi o instituție, vor exista întotdeauna niște limite ale tendințelor ei de reorganizare a statutelor ; de asemenea, se va face uz întotdeauna de diferențierile sociale deja împământenite în societate, dacă instituția poate numai în acest fel să-și desfășoare activitățile necesare în interacțiune cu societatea și să fie tolerată de aceasta. În societatea occidentală nu pare să existe nici o instituție totală cu viață în comun fără separare pe criteriul sexului ; iar instituții cum sunt mănăstirile, aparent insensibile față de ierarhizarea socio-economică, tind de fapt să atribuie rolurile domestice convertiților care provin din mediul rural, tot așa cum echipele de pacienți-gunoieri din mult lăudatele noastre spitale de psihiatrie integrate tind să fie alcătuite în întregime din persoane de culoare[2]. Tot astfel, în anumite școli britanice cu internat se constată că băieților din familii nobile li se permit mai multe încălcări ale regulamentului intern[3].

Una dintre cele mai interesante diferențe între instituțiile totale constă în soarta socială a foștilor instituționalizați. De cele mai multe ori, aceștia se împrăștie din punct de vedere geografic după ieșirea din instituție ; diferența constă în măsura în care se păstrează legăturile structurale, în ciuda distanței. La un capăt al scalei se află absolvenții unei anumite mănăstiri benedictine, care nu numai că păstrează legătura în mod neoficial, dar, în plus, constată că, pentru tot restul

---

1. Sykes, *Corruption of Authority*. Vezi și Cantine și Rainer, *op. cit.*, pp. 96-97.
2. Pare a fi adevărat faptul că, în orice instituție, rolurile de la extrema ierarhică superioară și de la cea inferioară tind să fie relativ permeabile la standardele comunității largi, în timp ce tendințele impermeabile par a fi concentrate în zona de mijloc a ierarhiei instituției.
3. Orwell, *op. cit.*, pp. 510, 525.

vieții, ocupația și localizarea lor geografică le sunt determinate de statutul anterior de membru al mănăstirii. La același capăt al scalei se află și foștii deținuți a căror ședere în închisoare i-a orientat spre lumea infractorilor la scară națională, în care se va desfășura ulterior viața lor. La celălalt capăt al scalei găsim soldații din aceeași cazarmă, care, imediat după liberare, se topesc fiecare în propria viață particulară și chiar evită să se adune la reuniunile regimentului. La același capăt se află și foștii pacienți psihiatrici, care evită cu mare grijă toate persoanele și toate întâmplările care i-ar putea asocia cu spitalul. La jumătatea distanței între extreme se află sistemul „absolvenților" din școlile particulare și din universități, care funcționează drept comunități opționale pentru distribuirea șanselor de viață între colegii de generație, după absolvire.

II

Am definit instituțiile totale în mod denotativ, înșiruindu-le, iar apoi am încercat să prezint unele dintre trăsăturile lor comune. Actualmente există o literatură apreciabilă despre aceste așezăminte și ar trebui să fim în măsură să înlocuim simplele ipoteze cu un cadru de referință solid cu privire la anatomia și funcționarea acestui tip de animal social. Cu siguranță, asemănările ies în evidență cu atâta tărie și atât de persistent, încât avem dreptul să bănuim că există rațiuni funcționale întemeiate pentru prezența acestor trăsături și că va fi posibil să adunăm laolaltă aceste trăsături și să le înțelegem printr-o explicație funcțională. Cred că, după ce vom face acest lucru, vom lăuda și vom învinovăți mai puțin anumiți administratori, comandanți, directori de închisori și stareți și vom tinde mai degrabă spre înțelegerea problemelor și aspectelor sociale din instituțiile totale, făcând apel la modelul structural intern, comun tuturor acestor instituții.

Cariera morală a pacientului psihiatric

În mod tradițional, termenul *carieră* a fost rezervat pentru cei care se așteaptă să se bucure de traseul ascendent asociat cu o anumită profesie respectabilă. Însă termenul începe să fie folosit tot mai frecvent într-un sens extins, pentru a denumi orice traseu social al cursului vieții unei persoane. Se adoptă perspectiva istoriei naturale: rezultatele singulare sunt neglijate în favoarea acelor transformări petrecute în timp, fundamentale și comune pentru membrii unei categorii sociale, deși transformările survin în mod independent în viața fiecăruia. O astfel de carieră nu este ceva care să poată fi etichetat drept strălucit sau dezamăgitor; nu poate fi nici succes, după cum nu poate fi nici eșec. În această lumină vreau să prezint pacientul psihiatric.

Unul dintre aspectele valoroase al conceptului de carieră îl reprezintă alcătuirea sa din două laturi. O latură este legată de chestiuni interne, puternic valorizate și prețuite, cum ar fi imaginea de sine și identitatea percepută; cealaltă latură privește poziția oficială, chestiunile juridice și stilul de viață și face parte dintr-un complex instituțional cu acces public. Așadar conceptul de carieră ne permite să ne deplasăm în ambele sensuri între ceea ce este personal și ceea ce este public, între eu și societatea semnificativă în care există, fără a trebui să ne bizuim excesiv, pentru a obține informații, pe ceea ce persoana afirmă că-și imaginează despre sine.

Așadar această lucrare este un exercițiu de abordare a studiului eului din perspectiva instituțională. Ne vom preocupa, în principal, de aspectele *morale* ale carierei, adică de succesiunea tipică de modificări pe care o produce cariera în eul persoanei și în cadrul său imagistic în raport cu care se judecă pe sine și-i judecă pe ceilalți[1].

---

1. Materiale scrise cu privire la cariera morală pot fi găsite în primele lucrări de antropologie socială despre ceremoniile de schimbare a statului și în descrierile clasice ale psihologiei sociale cu privire la modificările spectaculoase în concepția de sine a individului care pot însoți

Însăși categoria „pacienților psihiatrici" va fi înțeleasă în sens strict sociologic. Din această perspectivă, concepția psihiatrică despre o persoană devine semnificativă doar în măsura în care această concepție modifică destinul social al persoanei – modificare ce pare să devină fundamentală în societatea noastră atunci când persoana traversează procesul spitalizării și numai atunci[1]. Prin urmare, exclud anumite categorii înrudite : candidații nedescoperiți care ar fi etichetați drept „bolnavi", după standardele psihiatrice, dar care nu ajung niciodată să fie considerați astfel, nici în propria opinie, nici în a celorlalți, deși ar putea provoca celor din jur numeroase probleme[2] ; pacientul de cabinet particular cu care psihiatrul consideră că se poate descurca ambulatoriu, folosind medicamentele sau șocurile electrice ; clientul cu probleme psihice care se angajează în relații psihoterapeutice. Îi includ, de asemenea, pe toți cei care, oricât de robust le-ar fi temperamentul, ajung într-un fel sau altul să fie prinși în mașinăria greoaie a serviciilor spitalicești de psihiatrie. Astfel, efectele tratamentului propriu-zis suportat de pacientul psihiatric poate fi delimitat clar de efectele pe care le au trăsăturile considerate de un clinician psihopatologice asupra vieții persoanei respective[3].

---

implicarea în mișcări sociale și în secte. Recent, tipuri noi de informații relevante au fost sugerate de interesul comunității psihiatrice față de problema „identității" și de studiile sociologice asupra carierei profesionale și asupra „socializării adultului".

1. Acest aspect a fost demonstrat recent de Elaine și John Cumming în *Closed Ranks* (Commonwealth Fund, Harvard University Press, Cambridge, 1957), pp. 101-102 : „Experiența clinică susține impresia că mulți oameni definesc boala psihică drept «acea boală de care este tratată persoana într-un spital psihiatric». [...] Boala psihică pare a fi o tulburare ce afectează oamenii care trebuie să se interneze într-o instituție psihiatrică, dar, până la internare, aproape orice ar face ei este normal". Leila Deasy mi-a arătat corespondența între situația descrisă aici și situația infracțiunilor comise de persoane din clasele de mijloc. Dintre cei descoperiți că au săvârșit astfel de acțiuni, doar cei care nu reușesc să evite condamnarea la închisoare primesc rolul social al criminalului.
2. Dosarele de caz din spitalele psihiatrice încep abia acum să fie exploatate în calitate de surse ce pot evidenția numărul incredibil de probleme pe care o persoană și le poate provoca sieși și celor din jur, până când aceștia să ajungă să se gândească la el din perspectiva patologiei psihice și, mai mult, să ia măsuri împotriva lui. Vezi John A. Clausen și Marian Radke Yarrow, „Paths to the Mental Hospital", *Journal of Social Issues*, XI (1955), pp. 25-32 ; August B. Hollingshead și Frederick C. Redlich, *Social Class and Mental Illness* (Wiley, New York, 1958), pp. 173-174.
3. O ilustrare a modului de aplicare a acestei perspective asupra tuturor formelor de devianță se poate găsi în Edwin Lemert, *Social Pathology*

Persoanele care devin pacienți psihiatrici diferă mult între ele din punctul de vedere al tipului și al gravității bolii pe care le-o atribuie psihiatrul și din punctul de vedere al termenilor în care i-ar descrie un profan. Dar, o dată angajați pe această cale, se confruntă cu circumstanțe sensibil asemănătoare și reacționează la ele în modalități sensibil asemănătoare. Cum aceste similitudini nu derivă din boala psihică, vor părea să se manifeste în ciuda acesteia. Așadar este o ilustrare a tăriei forțelor sociale faptul că statutul uniform de pacient psihiatric nu doar asigură o grupare a persoanelor cu soartă comună și, în cele din urmă, drept consecință a acesteia, cu caracteristici comune, ci, mai mult, această prelucrare socială poate fi efectuată asupra celei mai rebele diversități de material uman ce poate fi pus laolaltă de către societate. Pentru a ilustra complet ciclul clasic de reacții prin care se formează în societate, din punct de vedere psihodinamic, subgrupurile deviante, din această descriere lipsește doar formarea frecventă, de către foștii pacienți, a unei vieți protectoare de grup.

Această perspectivă sociologică generală este puternic întărită de o constatare esențială a specialiștilor cu orientare sociologică, implicați în cercetări asupra spitalelor de psihiatrie. După cum s-a arătat în mod repetat în studiul societăților necivilizate, perceperea unei culturi străine drept uluitoare, dezgustătoare și barbară se poate atenua în asemenea măsură, încât cel care o studiază se familiarizează cu concepția despre viață împărtășită de subiecții săi. La fel, cel care studiază spitalele de psihiatrie poate descoperi că nebunia sau „comportamentul patologic” descris în cazul pacienților psihiatrici este, pe ansamblu, produsul distanței sociale dintre cel care face afirmația, pe de o parte, și situația în care se află pacientul, pe de altă parte, și nu reprezintă, în primul rând, produsul bolii psihice. Indiferent de rafinamentele diferitelor diagnostice psihiatrice ale pacienților și indiferent de elementele aparte care dau unicitate vieții „dinăuntru”, cercetătorul poate descoperi că se află într-o comunitate ce nu diferă semnificativ de toate celelalte pe care le-a studiat. Desigur, dacă se limitează la comunitatea pacienților eliberați condiționat și care nu trăiesc în spital, poate considera, la fel ca unii pacienți, că viața din secțiile cu saloane încuiate este bizară; aflat într-un salon de proaspăt internați sau de convalescenți, poate considera că secțiile cu bolnavi cronici senili sunt, din punct de vedere social, locuri ale

---

(McGraw-Hill, New York, 1951); vezi mai ales pp. 74-76. O aplicație specifică la situația deficiențelor mentale poate fi găsită în Stewart E. Perry, „Some Theoretic Problems of Mental Deficiency and Their Action Implications”, *Psychiatry*, XVII (1954), pp. 45-73; vezi mai ales pp. 67-68.

nebunei. Dar ajunge să-şi deplaseze sfera de participare empatică în cea mai „groaznică" secţie din spital pentru ca aceasta să intre, la rândul ei, în conştiinţa socială drept loc cu o lume socială mereu semnificativă şi în care se poate trăi. Aceasta nu contrazice sub nici o formă faptul că va găsi, în orice secţie şi în oricare grup de pacienţi, o minoritate ce pare cu totul lipsită de capacitatea de a respecta regulile organizării sociale, şi nici faptul că împlinirea ordonată a aşteptărilor normative în societatea pacienţilor este facilitată, în parte, prin măsurile strategice ajunse cumva să fie instituţionalizate în spitalele de psihiatrie.

Cariera pacientului psihiatric parcurge pretutindeni, în mod firesc, trei faze principale: perioada anterioară internării în spital, căreia îi voi spune faza prepacientului; perioada internării în spital – faza pacientului internat; şi perioada ulterioară externării din spital – dacă survine –, adică faza fostului pacient[1]. În această lucrare mă voi ocupa doar de primele două faze.

Faza prepacientului

Un grup mic de prepacienţi vin să se interneze în spital de bunăvoie, fiindcă aşa cred că este bine pentru ei sau ca urmare a acordului deplin pe care şi l-au dat membrii relevanţi ai familiei lor. Probabil că aceşti indivizi s-au surprins comportându-se într-un mod care le dovedeşte că-şi pierd minţile sau că încep să nu se mai poată controla. Această concepţie despre sine poate părea unul dintre cele mai ameninţătoare lucruri ce i se pot întâmpla eului în societatea noastră, cu atât mai mult cu cât este probabil să apară într-un moment când persoana este oricum suficient de tulburată încât să manifeste genul de simptome pe care să le poată vedea ea însăşi. Iată descrierea făcută de Sullivan:

> Ceea ce descoperim în sistemul eului unei persoane care trece prin modificări sau prin procese schizofrenice este, în cea mai simplă formă, o confuzie extrem de puternic marcată de frică, reprezentată

1. Această imagine simplă este complicată de situaţia oarecum specială a aproximativ o treime dintre foştii pacienţi, anume reinternarea în spital, care reprezintă faza recidivistului sau a pacientului reinternat.

de folosirea unor procese referențiale generalizate și desăvârșit rafinate, prin care individul încearcă să se confrunte cu ceea ce constituie, în esență, eșecul de a exista ca ființă umană – eșecul de a avea acele însușiri pe care ar putea să le respecte și să considere că merită să le aibă[1].

La reevaluarea de sine dezintegrativă a persoanei se va asocia faptul, nou și aproape la fel de frecvent întâlnit, de a încerca să ascundă de ceilalți ceea ce ea consideră a fi noile adevăruri fundamentale despre sine și de a încerca să-și dea seama dacă și ceilalți le-au descoperit[2]. Aș vrea să subliniez că perceperea faptului de a-ți pierde mințile se bazează pe stereotipuri, create de cultură și înrădăcinate în societate, cu privire la semnificația unor simptome ca : auzirea unor voci inexistente, pierderea orientării în timp și în spațiu, impresia de a fi urmărit ; de asemenea, vreau să subliniez că, în anumite cazuri, multe dintre cele mai spectaculoase și mai convingătoare simptome indică, din punct de vedere psihiatric, doar o tulburare emoțională temporară, într-o situație stresantă, indiferent cât de îngrozitoare îi par persoanei la acel moment. Tot astfel, anxietatea determinată de această percepție de sine și strategiile elaborate pentru reducerea ei nu sunt produsul psihopatologiei, ci se pot manifesta la oricare persoană socializată, din cultura noastră, care ajunge să considere că își pierde mințile. În mod interesant, subculturile din societatea americană par să difere între ele din punctul de vedere al imagisticii existente și al încurajărilor pe care le oferă indivizilor cu o atare concepție despre ei înșiși, ceea ce duce la modalități diferite de *autoclasificare* ; capacitatea de a recepta imaginea de sine dezintegrativă fără intervenția unui psihiatru pare a fi unul dintre privilegiile culturale îndoielnice ale claselor superioare[3].

Pentru cel care a ajuns – indiferent de motive – să se considere dezechilibrat psihic, internarea într-un spital de psihiatrie aduce uneori ușurare, în parte, posibil din cauza transformării subite a

1. Harry Stack Sullivan, *Clinical Studies in Psychiatry*, editată de Helen Swick Perry, Mary Ladd Gawel și Martha Gibbon (Norton, New York, 1956), pp. 184-185.
2. Această experiență morală poate fi pusă în contrast cu cea a persoanei care află că a devenit dependentă de marijuana și descoperă că poate să „plutească” și, în același timp, să funcționeze eficient fără să o depisteze ceilalți, ceea ce pare să conducă la un nou nivel de consum al drogului. Vezi Howard S. Becker, „Marijuana Use and Social Control”, *Social Problems*, III (1955), pp. 35-44 ; vezi mai ales pp. 40-41.
3. Vezi Hollingshead și Redlich, *op. cit.*, p. 187, tabelul 6, în care se prezintă frecvența autoclasificării, în funcție de clasa socială.

structurii situației sale sociale de bază; în loc să se considere el însuși o persoană cu probleme, care încearcă să-și păstreze rolul de persoană întreagă, poate deveni o persoană oficial pusă la îndoială, care știe în sinea sa că nu are probleme chiar atât de mari. În alte cazuri, spitalizarea poate înrăutăți lucrurile pentru pacientul dispus să se interneze, confirmând prin situația obiectivă ceva ce, înainte, fusese o chestiune de percepere personală a eului.

După ce se internează de bunăvoie, prepacientul va parcurge aceeași succesiune obișnuită de experiențe ca și cei internați fără voia lor. În orice caz, mai ales pe aceștia din urmă vreau să-i iau în discuție, fiindcă în America, în momentul de față, sunt de departe mai numeroși[1]. Modul în care abordează ei instituția îmbracă una dintre următoarele trei forme clasice: se internează fiindcă rudele i-au implorat ori i-au amenințat cu ruperea legăturilor de familie, dacă nu se internează „de bunăvoie"; sunt aduși cu forța, sub escorta poliției; vin ca urmare a unei neînțelegeri induse de alții intenționat, acest din urmă caz limitându-se cu precădere la prepacienții tineri.

Cariera prepacientului poate fi privită din perspectiva unui model al excluderii: pornește cu relații și drepturi și rămâne, la începutul șederii sale în spital, și fără unele, și fără celelalte. Ca urmare, aspectele morale ale carierei debutează, de obicei, cu trăirea abandonului, a lipsei de loialitate și a ostilității proprii. Astfel se petrec lucrurile chiar dacă, pentru ceilalți, este evident că individul are nevoie de tratament și chiar dacă, în spital, el însuși va ajunge în scurt timp să fie de acord cu aceasta.

Dosarele de caz ale celor mai mulți pacienți descriu încălcări ale convențiilor existente în diferitele situații de interacțiune directă, față în față: într-un mediu domestic, la un loc de muncă, într-o organizație semipublică (de exemplu, o biserică sau un magazin), într-o zonă publică (de exemplu, o stradă sau un parc). Deseori este înregistrată și o *plângere*; o persoană ia împotriva vinovatului această măsură care duce, în cele din urmă, la spitalizarea lui. Persoana poate să nu fie prima care ia măsuri, ci doar cea care ia prima măsură ce se dovedește eficientă. În aceasta constă începutul *social* al carierei pacientului, indiferent unde ar putea să localizeze el începutul psihologic al bolii sale.

---

1. Diferențierea folosită aici, între pacienții care se internează de bunăvoie și cei care se internează împotriva voinței lor, depășește diferențierea juridică, făcută între voluntari și condamnați la internare, căci unele persoane care se bucură că se află în spital pot ajunge la internare în virtutea unei decizii judecătorești, iar dintre cei ce vin doar din cauza presiunilor familiale puternice, unii pot declara că se internează de bunăvoie.

Se consideră că tipurile de delicte ce duc la spitalizare sunt diferite, ca natură, de cele cu alte consecințe de tipul excluderii : închisoarea, divorțul, pierderea serviciului, dezmoștenirea, exilul, tratamentul psihiatric ambulatoriu și așa mai departe. Dar se pare că nu se știu prea multe despre factorii de diferențiere și, când se studiază cazurile concrete de internare psihiatrică, pare adesea că s-ar fi putut ajunge și la alte rezolvări. În plus, pentru fiecare delict ce determină o plângere finalizată prin internare par să existe multe alte delicte, similare sub aspect psihiatric, care nu au astfel de consecințe : nu se iau măsuri, ori măsurile luate duc la alte consecințe de tipul excluderii, ori se iau măsuri lipsite de eficiență, care doar împăciuiesc sau amână persoana care a formulat plângerea. Astfel, după cum au arătat Clausen și Yarrow, este foarte probabil să se fi luat un șir lung de măsuri lipsite de eficiență și împotriva delincvenților care ajung, în cele din urmă, să fie spitalizați[1].

Delimitând delictele care ar fi putut fi folosite drept temeiuri pentru spitalizarea vinovatului de cele realmente folosite în acest scop, se descoperă un număr mare de situații numite de cei care studiază cariera profesională „accidente ale carierei”[2]. Unele accidente din cariera pacientului psihiatric au fost sugerate, dacă nu și explorate ; între ele se numără : statutul socio-economic, caracterul vizibil al delictului, existența unui spital de psihiatrie în apropiere, numărul facilităților de tratament disponibile, respectul comunității pentru tipul de tratament oferit în spitalele disponibile și așa mai departe[3]. Pentru informații despre alte accidente, trebuie să ne bizuim pe relatările de abuz : soția își tolerează soțul psihotic până când își găsește un iubit ; copiii își tolerează tatăl psihotic până când se mută dintr-o casă într-un apartament ; alcoolicul este trimis într-un spital de psihiatrie fiindcă închisoarea e plină, iar dependentul de droguri împărtășește aceeași soartă fiindcă refuză să se prezinte la tratamentul psihiatric ambulatoriu ; fiica adolescentă rebelă nu mai poate fi ținută în frâu acasă, pentru că a început să amenințe că va avea o relație fățișă cu un partener nepotrivit, și așa mai departe. Și invers : există o serie de accidente, la fel de importante, cu ajutorul

1. Clausen și Yarrow, *op. cit*.
2. O aplicație explicită a acestei noțiuni în domeniul sănătății psihice poate fi găsită în Edwin Lemert, „Legal Commitment and Social Control”, *Sociology and Social Research*, XXX (1946), pp. 370-378.
3. Spre exemplu, Jerome K. Meyers și Leslie Schaffer, „Social Stratification and Psychiatric Practice : A Study of an Outpatient Clinic”, *American Sociological Review*, XIX (1954), pp. 307-310 ; Lemert, *op. cit.*, pp. 402-403 ; *Patients in Mental Institutions, 1941* (Department of Commerce, Bureau of the Census, Washington, D.C., 1941), p. 2.

cărora individul ocolește internarea. Iar dacă intră în spital, un nou set de accidente vor contribui la stabilirea momentului când va obține externarea: dorința familiei de a-l vedea din nou acasă, existența unui loc de muncă disponibil, în care „să se descurce” și așa mai departe. Concepția oficială a societății spune că indivizii instituționalizați din spitalele de psihiatrie se află acolo în principal fiindcă suferă de boli psihice. Însă, în măsura în care numărul „bolnavilor psihic” din afara spitalelor se apropie de numărul celor internați în spitale sau chiar îl depășește, am putea afirma că pacienții psihiatrici suferă cu precădere nu de anumite boli psihice, ci de accidente.

Accidentele din carieră au loc în combinație cu o a doua trăsătură a carierei prepacientului: circuitul agenților – și al instituțiilor – care contribuie în mod hotărâtor la trecerea lui de la statutul civil la cel de pacient[1]. Aceasta este o situație exemplificatoare pentru clasa tot mai importantă de sisteme sociale alcătuite din agenți și instituții între care s-au creat conexiuni sistemice datorită faptului că se preocupă de aceleași persoane. În continuare, voi prezenta unele roluri de agent, cu precizarea că, în orice circuit concret, un rol poate fi ocupat de mai multe ori și că aceeași persoană poate juca mai multe roluri.

În primul rând, este *persoana cea mai apropiată*, pe care prepacientul o consideră a fi cea mai disponibilă dintre persoanele pe care ar trebui să se poată bizui cel mai mult la nevoie – în acest caz, ultima care să se îndoiască de normalitatea lui psihică și prima care să facă totul pentru a-l salva de la soarta care, după toate aparențele, îl pândește. Persoana cea mai apropiată a pacientului îi este, de cele mai multe ori, rudă de gradul întâi; am introdus termenul special fiindcă legătura de rudenie nu este obligatorie. În al doilea rând, este *reclamantul*, persoana care, retrospectiv, pare a-l fi împins pe pacient să facă primul pas pe drumul către spital. În al treilea rând, sunt *mediatorii*, succesiunea de agenți și instituții spre care este trimis prepacientul și prin care parcurge traseul către spital. În această categorie se includ poliția, clerul, medicii generaliști, psihiatrii cu practică privată, personalul din clinicile publice, avocații, angajații serviciilor sociale, profesorii și așa mai departe. Unul dintre agenți va avea dreptul legal de a aproba internarea obligatorie în spital, drept pe care și-l va exercita, astfel că agenții care l-au precedat pe parcurs vor fi implicați într-o situație al cărei deznodământ încă n-a fost stabilit. Când mediatorii se retrag de pe scenă,

1. Pentru un circuit al agenților și influența lui asupra accidentelor din carieră, vezi Oswald Hall, „The Stages of a Medical Career”, *American Journal of Sociology*, LIII (1948), pp. 327-336.

prepacientul a devenit pacient, iar agentul semnificativ a devenit directorul spitalului.

În timp ce reclamantul, de obicei, ia măsuri ca nespecialist, în calitate de cetățean, de angajator, de vecin sau de rudă, mediatorii tind să fie specialiști și se deosebesc prin aspecte semnificative de cei în slujba cărora se află. Au experiență în rezolvarea situațiilor delicate și o anumită distanțare profesională față de lucrurile cu care se confruntă. Cu excepția polițiștilor și, poate, a unor membri ai clerului, tind să aibă cunoștințe psihiatrice mai consistente decât publicul nespecialist și vor sesiza necesitatea tratamentului în situații în care publicul n-o vede[1].

O caracteristică interesantă a acestor roluri constă în efectele funcționale ale împletirii lor. Spre exemplu, simțămintele pacientului vor fi influențate dacă persoana care îndeplinește rolul de reclamant are, de asemenea, și rolul persoanei care-i este cea mai apropiată – combinație stânjenitoare, care survine mai frecvent în clasele superioare decât în cele inferioare[2]. În continuare, vom prezenta unele dintre aceste efecte[3].

Pe traseul pe care-l străbate de acasă și până la spital, prepacientul poate participa, în calitate de terță persoană, la ceea ce ajunge să resimtă ca un fel de coaliție al cărei obiectiv este înstrăinarea. Persoana cea mai apropiată îl presează să meargă „să discute” cu un medic, cu un psihiatru cu practică privată sau cu un alt fel de consilier. La lipsa de entuziasm a prepacientului, poate răspunde prin amenințarea cu abandonul, cu dezmoștenirea sau cu o altă măsură juridică ori prin sublinierea caracterului comun și explorator al consultației. Dar, de obicei, persoana cea mai apropiată a pregătit deja consultația, în sensul că a ales profesionistul, a fixat data și ora, i-a spus profesionistului câte ceva despre caz și așa mai departe. Acest fapt tinde să întărească eficient rolul de persoană responsabilă, căreia i se pot dezvălui descoperirile relevante, al persoanei celei mai apropiate, iar celuilalt îi consolidează eficient rolul de pacient. Deseori,

1. Vezi Cumming și Cumming, *op. cit.*, p. 92.
2. Hollingshead și Redlich, *op. cit.*, p. 187.
3. Pentru analiza unora dintre aceste implicații ale circuitului pentru pacient, vezi Leila Deasy și Olive W. Quinn, „The Wife of the Mental Pacient and the Hospital Psychiatrist”, *Journal of Social Issues*, XI (1955), pp. 49-60. O ilustrare interesantă a acestui gen de analiză mai poate fi găsit, de asemenea, Alan G. Gowman, „Blindness and the Role of the Companion”, *Social Problems*, IV (1956), pp. 68-75. O prezentare generală poate fi găsită în Robert Merton, „The Role Set: Problems in Sociological Theory”, *British Journal of Sociology*, VIII (1957), pp. 106-120.

prepacientul merge la consultație cu credința că face acest lucru ca egalul unei alte persoane, cu care are o legătură atât de strânsă, încât un terț n-ar putea interveni între ei în chestiuni fundamentale ; în definitiv, aceasta este una dintre definițiile relațiilor apropiate, în societatea noastră. La sosirea în cabinet, prepacientul descoperă pe neașteptate că lui și persoanei celei mai apropiate nu li s-a acordat același rol și că, după toate aparențele, există un acord prealabil între profesionist și persoana cea mai apropiată lui, acord ce funcționează împotriva sa. În cazurile extreme, dar frecvente, profesionistul se întâlnește mai întâi, în calitate de examinator și diagnostician, doar cu prepacientul, după care se întâlnește cu persoana cea mai apropiată acestuia, în calitate de consilier, evitând în același timp să discute serios cu amândoi împreună[1]. Chiar și în acele cazuri neconsultative, când funcționarii publici trebuie să smulgă individul cu forța dintr-o familie dispusă să-l tolereze, există probabilitatea ca persoana cea mai apropiată să fie convinsă „să-și arate acordul" față de acțiunea oficială, astfel că până și în aceste situații, prepacientul simte că s-a format împotriva lui o coaliție menită să-l înstrăineze.

Foarte probabil, experiența morală a faptului de a fi al treilea într-o astfel de coaliție va trezi ostilitatea prepacientului, mai ales că problemele lui au determinat deja, probabil, o oarecare înstrăinare de persoana cea mai apropiată. După ce are loc internarea în spital, vizitele permanente ale persoanei celei mai apropiate îl ajută pe pacient să înțeleagă că totul s-a făcut spre binele lui. Dar primele vizite îi pot întări, temporar, sentimentul de abandonare ; foarte probabil, își va implora vizitatorul să-l scoată de acolo sau, cel puțin, să-i obțină mai multe privilegii și să manifeste compasiune față de monstruozitatea suferinței prin care trece, cerințe la care vizitatorul poate să răspundă, de obicei, doar încercând să păstreze o atitudine de speranță, făcându-se că „nu aude" cerințele sau asigurându-l pe pacient că autoritățile medicale cunosc aceste lucruri și fac ce este cel mai bine din punct de vedere medical. Apoi vizitatorul se întoarce nonșalant într-o lume despre care pacientul a învățat că este incredibil de plină de libertate și de privilegii, făcându-l să simtă că persoana cea mai apropiată lui nu face decât să dea o spoială cucernică evidentei părăsiri infame.

Profunzimea cu care pacientul poate resimți trădarea persoanei celei mai apropiate pare a fi amplificată de existența unui martor la acea trădare – factor semnificativ, se pare, în numeroase situații cu trei

---

1. Dețin dosarul de caz al unui bărbat care afirmă că a crezut că *el* își duce soția la psihiatru, dându-și seama abia când era prea târziu că soția lui aranjase lucrurile.

părţi implicate. O persoană jignită ar putea foarte bine să reacţioneze răbdător şi conciliant faţă de vinovat când se află doar ei doi, preferând împăcarea în locul dreptăţii. Însă prezenţa unui martor pare să adauge ceva implicaţiilor jignirii. Căci, în acest caz, este dincolo de puterea celui jignit să uite întâmplarea, să o şteargă cu buretele ori să o treacă sub tăcere ; jignirea a devenit un fapt social public[1]. Când martorul este o comisie psihiatrică, lucru care se întâmplă uneori, trădarea poate friza o „ceremonie a degradării"[2]. În asemenea circumstanţe, pacientul jignit poate considera că se impune o amplă acţiune reparatorie de un fel sau altul, în faţa martorilor, spre a-şi redobândi onoarea şi greutatea socială.

Mai trebuie menţionate alte două aspecte ale trădării percepute. În primul rând, este puţin probabil ca aceia care îi sugerează individului posibilitatea de a se interna într-un spital de psihiatrie să-i descrie cu realism cum i se vor părea lucrurile când va intra propriu-zis pe teritoriul spitalului. Deseori, îi spun că va primi tratamentul medical cuvenit şi va putea să se odihnească şi că va ieşi din spital după câteva luni. În anumite cazuri, sfătuitorii ar putea ascunde astfel unele lucruri pe care le cunosc, dar cred că, în general, ei spun ceea ce cred că este adevărat. Căci există o diferenţă deosebit de relevantă între pacienţi şi specialiştii mediatori : mediatorii, într-o mai mare măsură decât publicul larg, consideră spitalele de psihiatrie drept instituţii medicale cu şedere scurtă, unde se pot obţine în mod voluntar odihna şi îngrijirea necesare, nu drept locuri de exil impus. Sosit în spital, în cele din urmă, este foarte probabil ca pacientul să afle în scurt timp că lucrurile nu stau deloc aşa. Descoperă că informaţiile pe care le-a primit cu privire la viaţa din spital au avut efectul de a-l determina să se împotrivească internării mai puţin decât ar fi făcut-o – îşi dă el seama retrospectiv – dacă ar fi cunoscut realitatea. Indiferent ce intenţii au avut cei care au participat la transformarea sa din persoană în pacient, el poate considera că, practic, l-au „tras pe sfoară", aducându-l în situaţia neplăcută în care se află.

Avansez ipoteza că prepacientul porneşte cu măcar o parte din drepturile, libertăţile şi satisfacţiile vieţii civile şi ajunge într-o secţie de psihiatrie, deposedat de aproape toate aceste lucruri. Chestiunea care contează este cum anume se realizează deposedarea. Acesta este al doilea aspect al trădării pe care vreau să-l discut.

După cum consideră prepacientul, circuitul persoanelor semnificative poate funcţiona ca un fel de pâlnie a trădării. Trecerea lui de la

1. Parafrază după Kurt Riezler, „Comment on the Social Psychology of Shame", *American Journal of Sociology*, XLVIII (1943), p. 458.
2. Vezi Harold Garfinkel, „Conditions of Successful Degradation Ceremonies", *American Journal of Sociology*, LXI (1956), pp. 420-424.

„persoană” la „pacient” se produce printr-o serie de stadii interconectate, fiecare stadiu fiind coordonat de un alt agent. Deși toate stadiile tind să determine o diminuare importantă a statutului de adult liber, fiecare agent poate încerca să păstreze intactă iluzia că nu va mai surveni o nouă diminuare; ba, chiar, poate reuși să-l predea pe pacient în grija următorului agent, susținând acest lucru. În plus, prin cuvinte, indicii și gesturi, agentul dintr-un stadiu dat îi cere prepacientului să lege cu el o conversație fluentă, politicoasă, alcătuită din banalități fără miez, prin care se evită cu tact datele administrative ale situației, conversație ce devine, cu fiecare nou stadiu, din ce în ce mai divergentă față de aceste date. Partenerul conjugal ar prefera să nu fie nevoit să plângă pentru a-l convinge pe prepacient să meargă la psihiatru; psihiatrul ar prefera să nu aibă parte de o scenă zgomotoasă când prepacientul află că acesta a discutat separat și diferit cu el și cu consoarta lui; poliția rareori aduce un prepacient la spital în cămașă de forță, considerând că e mult mai ușor pentru toți să-i adreseze o vorbă bună, să-i dea o țigară și libertatea de a se relaxa pe bancheta din spate a mașinii de poliție; în sfârșit, psihiatrul de gardă descoperă că-și poate face meseria mai bine în calmul și luxul relativ din „rezerva de internare”, unde, ca efect colateral, poate supraviețui ideea că un spital de psihiatrie este, într-adevăr, un loc încurajator. Dacă prepacientul dă curs tuturor acestor cereri sugerate și se poartă rezonabil de la început până la sfârșit, poate parcurge întregul traseu, de acasă și până la spital, fără să oblige pe nimeni să privească în față ceea ce se petrece și fără să se confrunte cu trăirile afective dureroase pe care situația l-ar putea determina să le exprime. Faptul că manifestă considerație față de cei care-l îndreaptă spre spital le permite acestora să-i arate, la rândul lor, considerație; drept urmare, aceste interacțiuni se pot desfășura cu armonia protectoare ce caracterizează interacțiunile directe obișnuite. Dar, dacă proaspătul pacient ar reface mental, în sens invers, șirul de pași care l-au dus la spitalizare, ar putea ajunge la următoarea concluzie: confortul de moment al tuturor celorlalți a fost protejat cu insistență, în timp ce propriul lui bine, pe termen lung, a fost subminat. Această descoperire ar putea constitui o experiență morală care să-l despartă și mai mult, pentru intervalul de timp dat, de oamenii din afară[1].

1. Practicile din lagărele de concentrare oferă un bun exemplu al funcției pâlniei trădării în determinarea cooperării și reducerea împotrivirii și a complicațiilor, deși, în acest caz, nu se poate spune că mediatorii acționau având în vedere binele instituționalizaților. Polițiștii care ridicau oamenii din casele lor glumeau uneori cu voie bună și se ofereau să

În continuare, aș vrea să examinez circuitul agenților carierei din punctul de vedere al agenților înșiși. Mediatorii din procesul de trecere a individului de la statutul civil la cel de pacient (ca și paznicii săi, după internarea în spital) au interesul de a găsi o persoană apropiată, responsabilă, care să preia rolul de reprezentant sau de tutore al pacientului ; dacă nu există nici un candidat evident pentru acest rol, va fi căutat unul și va fi constrâns să-l adopte. Astfel, în timp ce individul se transformă treptat în pacient, persoana cea mai apropiată este transformată în tutore. Prezența tutorelui permite ca întregul proces să se desfășoare ordonat și fără probleme. Tutorele, foarte probabil, cunoaște afacerile și complicațiile civile ale pacientului și poate rezolva chestiuni care, altfel, ar rămâne în suspensie și ar cădea în sarcina spitalului. Unele dintre drepturile civile pierdute de prepacient îi pot reveni tutorelui, ceea ce contribuie la întreținerea iluziei juridice conform căreia, deși prepacientul nu are, cu adevărat, respectivele drepturi, totuși, nici nu le-a pierdut.

Pacienții internați simt, cel puțin o perioadă, că spitalizarea este doar o privațiune teribilă și nedreaptă și uneori reușesc să convingă pe câteva persoane din afară că așa stau lucrurile. În aceste situații, se dovedește util ca aceia despre care se afirmă că ar cauza, indiferent cât de justificat, respectivele privațiuni să poată dovedi că beneficiază de cooperarea și de acordul unei persoane a cărei relație cu pacientul o plasează mai presus de orice bănuială, definind-o clar ca fiind persoana care dorește cel mai sincer binele pacientului. Dacă tutorele este mulțumit de ceea ce se întâmplă cu proaspătul pacient, și lumea trebuie să fie la fel de mulțumită[1].

Ar putea părea că, cu cât miza personală legitimă a uneia dintre părțile implicate în raport cu cealaltă este mai mare, cu atât poate să preia mai bine rolul de tutore al celuilalt. Dar aranjamentele

---

aștepte până când aceștia își beau cafeaua. Camerele de gazare erau aranjate în așa fel încât să arate a camere de deparazitare, iar când victimele se dezbrăcau, li se spunea să aibă grijă pe unde-și lasă hainele. Uneori, persoanele bolnave, vârstnice sau bolnave psihic alese pentru exterminare erau duse, cu ambulanțe ale Crucii Roșii, în lagăre cărora li se spunea „spitale de observație". Vezi David Boder, *I Did Not Interview the Dead* (University of Illinois Press, Urbana, 1949), p. 81, și Elie A. Cohen, *Human Behavior in the Concentration Camp* (Jonathan Cape, Londra, 1954), pp. 32, 37, 107.

1. Interviurile colectate de grupul lui Clausen de la INSM (Institutul Național pentru Sănătate Mintală) arată că, în situațiile în care soția devine tutore, noua responsabilitate poate perturba distanța anterioară din relația ei cu socrii, determinând-o fie să formeze o nouă coaliție de sprijin cu aceștia, fie să se distanțeze vizibil față de ei.

structurale ale societății care au condus la unificarea recunoscută a intereselor a două persoane mai au și alte consecințe. Pentru că persoana către care pacientul se îndreaptă ca să-i ceară ajutor – protecție în fața unor amenințări cum ar fi internarea împotriva voinței sale – este chiar persoana spre care se îndreaptă, în mod logic, mediatorii și directorii de spital ca să-i ceară acceptul. În acest caz, este ușor de înțeles că unii pacienți ajung să simtă, măcar o vreme, că gradul de apropiere dintr-o relație nu spune nimic despre cât de multă încredere se poate avea în partenerul de relație.

Din aceste roluri complementare rezultă și alte efecte funcționale. Dacă persoana cea mai apropiată prepacientului apelează la mediatori, cerându-le ajutor în situația problematică pe care i-o creează prepacientul, atunci când o face, ar putea să nu se gândească la spitalizare. S-ar putea ca nici măcar să nu-l considere bolnav psihic pe prepacient sau, dacă îl consideră astfel, să nu o facă în mod constant și consecvent[1]. Circuitul de mediatori, cu rafinamentul lor psihiatric mai mare și cu credința lor în caracterul medical al spitalelor de psihiatrie, vor defini deseori situația în beneficiul persoanei apropiate, asigurând-o că spitalizarea este o soluție posibilă și chiar una bună, că nu presupune trădare, ci este o măsură medicală, luată spre binele prepacientului. Astfel, persoana cea mai apropiată ajunge uneori să afle că, făcându-și datoria față de prepacient, îl poate determina pe acesta să-și piardă încrederea în ea sau s-o urască o vreme. Dar faptul că această soluție a trebuit să-i fie arătată și recomandată de specialiști, care au definit-o ca pe o datorie morală, o eliberează parțial pe persoana apropiată de vinovăția pe care o simte[2]. Este deosebit de interesant faptul că fiul (sau fiica) de vârstă adultă poate

---

1. Pentru o analiză a acestor tipuri de percepție nepsihiatrică, vezi Marian Radke Yarrow, Charlotte Green Schwartz, Harriet S. Murphy și Leila Deasy, „The Psychological Meaning of Mental Illness in the Family”, *Journal of Social Issues*, XI (1955), pp. 12-24 ; Charlotte Green Schwartz, „Perspectives on Deviance – Wives’ Definitions of their Husbands’ Mental Illness”, *Psychiatry*, XX (1957), pp. 275-291.
2. Această funcție purtătoare de vină se găsește, desigur, și în alte complexe de roluri. Astfel, când un cuplu din clasa de mijloc se angajează în procesul separării legale sau al divorțului, avocatul fiecăruia își asumă de obicei atitudinea conform căreia este de datoria lui să-i prezinte clientului său toate potențialele pretenții și drepturi și face presiuni asupra clientului ca să ceară toate aceste lucruri, în ciuda scrupulozității față de drepturile și caracterul onorabil al fostului partener. Clientul poate afirma cu bună-credință, și în sinea lui, și față de fostul partener, că pretențiile sunt avansate numai fiindcă avocatul insistă că așa este cel mai bine.

fi constrâns să adopte rolul mediatorului, astfel încât ostilitatea – care, altfel, ar fi îndreptată către partenerul conjugal – se îndreaptă împotriva copilului[1].

După ce prepacientul ajunge în spital, aceeași funcție purtătoare de vinovăție poate deveni o parte semnificativă a misiunii angajaților cu privire la persoana cea mai apropiată[2]. Motivele de a considera că nu l-a trădat pe pacient, chiar dacă acesta crede contrariul, îi pot furniza ulterior persoanei apropiate o atitudine defensibilă, pe care să o adopte când îl vizitează la spital și, de asemenea, un temei pentru speranța că relația poate fi restabilită, după întreruperea provocată de spitalizare. Și, desigur, când este percepută de pacient, atitudinea îi oferă acestuia circumstanțe atenuante pentru persoana apropiată, dacă începe să le caute[3].

Astfel, în timp ce persoana cea mai apropiată poate îndeplini roluri importante pentru mediatori și pentru directorii spitalului, și aceștia, la rândul lor, pot îndeplini roluri importante pentru ea. Așadar, descoperim că rezultă un schimb sau o reciprocitate neintenționată de roluri, adesea rolurile însele fiind neintenționate.

Ultimul aspect al carierei morale a prepacientului pe care vreau să-l prezint se referă la caracterul ei retroactiv distinct. Până când persoana nu sosește propriu-zis la spital, de obicei pare a nu exista certitudinea că îi este sortit să facă acest lucru, dat fiind rolul determinant al accidentelor. Până nu se atinge punctul spitalizării, prepacientul nu se poate concepe ca o persoană care devine pacient psihiatric, după cum nici alții nu-l pot concepe astfel. Însă, din moment ce va fi ținut în spital împotriva voinței sale, persoana cea mai apropiată lui și angajații spitalului vor avea mare nevoie de temeiuri solide pentru tratamentul dur pe care îl susțin. Personalul medical din spital va avea nevoie, la rândul său, de dovezi că desfășoară în continuare profesia pe care a fost pregătit să o facă. Aceste probleme sunt diminuate (fără intenție, desigur) de construirea cazului medical suprapus peste trecutul pacientului, având efectul de a demonstra că boala lui a început cu mult timp în urmă, că, într-un

1. Situație înregistrată în datele lui Clausen.
2. Acest aspect este demonstrat de Cumming și Cumming, *op. cit.*, p. 129.
3. În această privință, există un contrast interesant cu cariera morală a bolnavului de tuberculoză. Julius Roth mi-a relatat că, de obicei, bolnavii de tuberculoză vin la spital de bunăvoie, fiind de acord cu persoana cea mai apropiată lor în privința tratamentului. Ulterior, pe parcursul șederii în spital, când află cât de mult mai au de stat și când își dau seama cât de restrictive și de iraționale sunt unele reguli, pot încerca să plece; personalul și rudele îl sfătuiesc să n-o facă și abia atunci încep să se simtă trădați.

final, a devenit cât se poate de gravă și că, individul dacă n-ar fi fost spitalizat, i s-ar fi putut întâmpla lucruri mult mai rele – toate acestea putând fi, desigur, adevărate. În paranteză fie spus, dacă pacientul vrea să găsească o logică șederii sale în spital și, după cum am arătat deja, să păstreze deschisă posibilitatea de ajunge din nou să considere că persoana cea mai apropiată lui este cumsecade, bine intenționată, atunci va avea și el motive să creadă parțial cele puse în evidență de examinarea psihiatrică a trecutului său.

Acesta este un punct extrem de sensibil din sociologia carierelor. Un aspect important al oricărei cariere este imaginea pe care o construiește persoana când își privește evoluția dintre prezent spre trecut ; însă întreaga carieră a prepacientului derivă, într-o oarecare măsură, din această reconstituire. Faptul de a fi avut o carieră de prepacient, care a debutat cu o reclamație eficientă, devine o parte importantă a orientării pacientului psihiatric, dar această parte poate începe să funcționeze abia după ce spitalizarea dovedește că a avut (și nu mai are) o carieră de prepacient.

Faza de pacient internat

Ultimul pas în cariera prepacientului poate să presupună înțelegerea, justificată sau nu, a faptului că a fost părăsit de societate și respins din cele mai apropiate relații pe care le avea. În mod foarte interesant, pacientul, mai ales la prima internare, reușește să se abțină de la a parcurge acest drum până la capăt, în ciuda faptului că se află deja într-un salon încuiat de spital de psihiatrie. La intrarea în spital, poate simți dorința foarte puternică de a nu-l cunoaște nimeni drept o persoană care poate ajunge în situația în care a ajuns el sau care s-a purtat așa cum s-a purtat el anterior internării. Ca atare, va evita să discute cu toți cei din jur, se va izola de ceilalți când va fi posibil și chiar se va putea dovedi „fără contact cu realitatea imediată” sau „maniacal”, pentru a evita validarea oricărei interacțiuni care îl obligă să intre, din politețe, în rolul complementar și îl face receptiv la propria imagine în ochii celorlalți. Când persoana cea mai apropiată face efortul de a-l vizita, poate fi respinsă prin mutism sau prin refuzul pacientului de a intra în sala de vizite, aceste strategii sugerând uneori că pacientul încă se mai agață de o rămășiță a relației cu cei care i-au inventat trecutul și apără acea

rămășiță de interacțiunea distructivă cu acești oameni, deveniți alții în virtutea implicării lor în internare[1].

De obicei, pacientul ajunge să renunțe la această strădanie epuizantă de a rămâne anonim, de „a nu fi aici”, și începe să se arate disponibil pentru interacțiuni sociale convenționale cu comunitatea spitalicească. După aceea, se retrage doar în moduri speciale : folosindu-și întotdeauna porecla, semnând doar cu inițialele numelui articolul pentru publicația săptămânală a pacienților sau folosind adresa inofensivă „de acoperire” oferită cu tact de unele spitale. Sau se retrage doar în momente speciale, de pildă atunci când un grup de studente la școala de asistenți medicali fac turul secției sau când, plimbându-se pe teritoriul spitalului, observă dintr-o dată că este pe punctul de a-și încrucișa pașii cu un civil pe care îl cunoaște de acasă. Uneori, îngrijitorii numesc „stabilizare” această deschidere către contactele cu ceilalți ; ea marchează o nouă atitudine, adoptată și susținută fățiș de pacient, și seamănă cu procesul „debutului oficial”, care apare în alte grupuri[2].

O dată ce prepacientul începe să se stabilizeze, reperele principale ale sorții sale tind să le urmeze pe cele ale unei întregi clase de instituții în care se practică separarea celor două sexe – închisori,

1. Strategia inițială a instituționalizatului de a evita contactele validatoare poate să explice parțial relativa lipsă de formare a grupurilor în rândul pacienților din spitalele psihiatrice publice ; această legătură mi-a sugerat-o William R. Smith. Dorința de a evita legăturile personale care i-ar da interlocutorului dreptul de a pune întrebări biografice poate constitui un alt factor. Desigur că, în spitalele de psihiatrie, la fel ca în lagărele de prizonieri, personalul ar putea stopa voit formarea grupurilor, în faza ei de început, pentru a evita acțiunile colective de rebeliune și alte tulburări interne.
2. Un debut oficial asemănător survine în lumea homosexualilor, când individul ajunge, în cele din urmă, să se prezinte la o întrunire a homosexualilor nu în calitate de oaspete, ci de „persoană disponibilă”. Vezi Evelyn Hooker, „A Preliminary Analysis of Group Behavior of Homosexuals”, *Journal of Psychology*, XLII (1956), pp. 217-225 ; vezi mai ales p. 221. O bună abordare beletristică se poate găsi în lucrarea lui James Baldwin, *Giovanni’s Room* (Dial, New York, 1956), pp. 41-57. O exemplificare familiară a proceselor de debut oficial se poate găsi, fără îndoială, la copiii prepuberi, în clipa când unul dintre ei *se întoarce* pe furiș într-o încăpere din care plecase într-o criză de mânie și *amour propre* rănit. Expresia în sine se presupune că derivă dintr-o ceremonie de tip *rite-de--passage*, pregătită pe vremuri de mamele din lumea bună pentru fiicele lor. În mod interesant, în spitalele psihiatrice mari, pacientul demonstrează simbolic debutul oficial deplin prin prima sa participare activă la petrecerea cu dans a întregului spital.

lagăre de concentrare, mănăstiri, lagăre de muncă silnică și așa mai departe –, în care individul își desfășoară viața, cu toate aspectele ei, în interiorul instituției și-și parcurge ziua după tipicul standardizat, în compania unui grup de persoane cu același statut instituțional cu el.

Asemeni neofitului din multe instituții totale, noul pacient se trezește total deposedat de multe dintre confirmările, satisfacțiile și mijloacele sale de apărare și este supus unui set complet de experiențe înjositoare : restricționarea mișcării libere, traiul în comun, autoritatea difuză a unui întreg eșalon de oameni și așa mai departe. Astfel, individul descoperă măsura limitată în care își poate păstra concepția despre sine când elementele de sprijin obișnuite sunt retrase pe neașteptate.

Traversând aceste experiențe morale umilitoare, pacientul învață să se orienteze în funcție de „sistemul secțiilor”[1]. În spitalele de psihiatrie publice, sistemul constă, de obicei, dintr-o serie de spații de locuit cu diferite grade de confort, grupate pe secții, o serie de unități administrative numite clinici și o serie de statute condiționate. Nivelul „cel mai rău” presupune o simplă banchetă din lemn pe care pot sta pacienții, o hrană relativ indiferentă și un colțișor de cameră pentru dormit. „Cel mai bun” nivel poate însemna o cameră proprie, privilegii cu privire la circulația liberă pe teritoriul spitalului și la ieșirile în oraș, raporturi relativ netraumatizante cu personalul, hrană considerată bună și posibilități de recreere considerate îndestulătoare. Pentru încălcarea regulilor interioare atotprezente, instituționalizatul va primi pedepse convingătoare, exprimate prin pierderea privilegiilor ; pentru supunere, în cele din urmă i se va permite să-și redobândească unele dintre satisfacțiile minore pe care le considera firești în lumea din afară.

Instituționalizarea nivelurilor de trai radical diferite pune în lumină consecințele pentru eu ale contextelor sociale. Iar acest fapt, la rândul lui, arată că eul nu se formează pur și simplu din interacțiunile individului cu persoanele semnificative din jur, ci și din condițiile create de o organizație pentru membrii săi.

Există anumite contexte concrete pe care persoana le minimalizează ușor, considerându-le expresii sau extensii ale propriei persoane. Când un turist vizitează cele mai jalnice mahalale, situația îi face plăcere nu pentru că îl reprezintă, ci pentru că este extrem de evident contrariul. Există și alte contexte concrete, cum ar fi camerele de zi,

1. O bună descriere a sistemului secțiilor poate fi găsită în Ivan Belknap, *Human Problems of a State Mental Hospital* (McGraw-Hill, New York, 1956), cap. IX, în special p. 164.

pe care persoana le aranjează singură și pe care le folosește pentru a influența în mod favorabil părerea altora despre ea. Mai sunt și alte contexte, cum ar fi locul de muncă, prin care se exprimă statutul ocupațional al angajatului, dar asupra cărora el nu deține controlul de ultimă instanță, acesta fiind exercitat de angajator, cu mai mult sau mai puțin tact. Spitalele de psihiatrie oferă un exemplu extrem al ultimei posibilități menționate, iar aceasta nu se datorează doar nivelurilor de trai gradate în mod unic, ci și modului unic în care i se explică pacientului semnificația lor pentru eu : pătrunzător, insistent și cu meticulozitate. O dată găzduit într-o anumită secție, pacientului i se explică ferm că restricțiile și privațiunile pe care le suferă nu se datorează unor forțe oarbe, cum ar fi tradiția sau economia – forțe ce pot fi disociate de eu –, ci sunt elemente intenționate ale tratamentului său, răspund nevoilor sale de moment și, ca urmare, exprimă starea în care a căzut eul său. Pacientul are toate motivele să inițieze cereri de a i se oferi condiții mai bune, dar i se răspunde că, atunci când personalul va considera că „este capabil să facă față” sau că „se va simți în largul lui” într-o secție de nivel superior, se vor lua măsurile cuvenite. Pe scurt, desemnarea într-o anumită secție este prezentată nu ca răsplată sau pedeapsă, ci drept expresie a nivelului general de funcționare socială a pacientului, a statutului său ca persoană. Dat fiind faptul că secțiile de irecuperabili au un program cotidian pe care pacienții cu leziuni cerebrale organice îl pot respecta fără probleme și că aceste ființe umane cu handicapuri drastice sunt prezente pentru a demonstra acest lucru, putem aprecia parțial efectele de oglindire ale spitalului[1].

Sistemul secțiilor este așadar un caz extrem în care realitățile fizice, concrete ale unei instituții pot fi folosite în mod explicit pentru a construi concepția despre sine a unei persoane. În plus, autoritatea psihiatrică oficială a spitalelor de acest fel dă naștere unor atacuri și mai directe, și mai flagrante la adresa concepției despre sine a pacientului. Cu cât spitalul de psihiatrie este mai „medical” și mai progresist (cu cât încearcă să joace un rol terapeutic și nu doar unul de custodie), cu atât pacientul va avea mai mult de-a face cu membri ai personalului superior care-i vor demonstra, cu argumente, că trecutul lui este un șir de eșecuri a căror cauză s-a aflat în el însuși,

1. Este un aspect în privința căruia spitalele psihiatrice se pot dovedi mai rele decât lagărele de concentrare și închisorile ; în acestea din urmă, autoizolarea persoanei față de implicațiile contextului concret poate fi mai ușoară. De fapt, autoizolarea față de contextul spitalelor se poate dovedi atât de dificilă, încât pacienții trebuie să folosească metode pe care personalul le interpretează drept simptome psihotice.

că are o atitudine greșită față de viață și că, dacă vrea să fie o persoană, va trebui să-și schimbe felul de a se purta cu oamenii și părerile despre sine. Adesea, valoarea morală a acestor atacuri verbale îi va fi subliniată foarte clar prin cerința de a exersa asumarea respectivei concepții psihiatrice despre el însuși în intervale de timp dinainte stabilite, dedicate confesiunilor, indiferent dacă ele au loc în ședințele de psihoterapie individuală ori de grup.

Acum poate fi făcută o remarcă generală cu privire la cariera morală a pacienților internați, care are legătură cu numeroase cariere morale. Constatăm că, atunci când individul atinge un stadiu dat într-o anume carieră, el construiește în mod tipic o imagine a cursului vieții sale – trecut, prezent și viitor – care selectează, rezumă și distorsionează, în așa fel încât să obțină o concepție despre sine pe care să o poată explica în mod util în situațiile prezentului. De cele mai multe ori, prin concepția despre sine, persoana se aliniază, în mod defensiv, la valorile fundamentale ale societății în care trăiește ; ca urmare, acea concepție poate fi numită apologie. Dacă persoana reușește să înfățișeze o imagine a situației sale actuale care să prezinte în trecut acțiunea unor calități personale favorabile și în viitor un destin favorabil care o așteaptă, aceasta poate fi numită „poveste a succesului". Dacă faptele din trecutul și din prezentul individului sunt extrem de sumbre, atunci lucrul cel mai bun pe care-l poate face este să demonstreze că nu este răspunzător pentru ceea ce a devenit ; în acest caz, se potrivește termenul „poveste tristă". În mod interesant, cu cât trecutul propriu obligă persoana să renunțe la alinierea aparentă cu valorile morale principale, cu atât ea pare mai frecvent mânată de imboldul de a-și relata povestea cea tristă, indiferent în compania cui s-ar afla. Poate că, prin aceasta, răspunde parțial unei nevoi resimțite de alții și pe care o sesizează : nevoia de a nu li se ataca sentimentul că duc o viață cum se cuvine. În orice caz, printre deținuți, „bețivi" și prostituate se pare că se pot obține cel mai ușor povești triste[1]. În continuare, vreau să mă ocup de vicisitudinile din povestea tristă a pacientului psihiatric.

---

1. Cu privire la deținuții din închisori, vezi Anthony Heckstall-Smith, *Eighteen Months* (Allan Wingate, Londra, 1954), pp. 52-53. Pentru „bețivi", vezi prezentarea din lucrarea lui Howard G. Bain, „A Sociological Analysis of the Chicago Skid-Row Lifeway" (lucrare de masterat în științe umane, nepublicată, Departamentul de Sociologie al Universității Chicago, septembrie 1950), mai ales „The Rationale of the Skid-Row Drinking Group", pp. 141-146. Teza neglijată a lui Bain reprezintă o sursă utilă de informație despre carierele morale.

   Se pare că unul dintre riscurile profesionale ale prostituției constă în faptul că, uneori, clienții și alte persoane de contact profesional stăruie

În spitalele de psihiatrie, contextul concret și regulamentul interior îl obligă pe pacient să înțeleagă că, în fond, este un caz psihiatric, un om care a suferit un fel de faliment social în viața din afară, a eșuat la modul general și că acolo, în spital, nu are nici o greutate socială, căci abia dacă reușește să se comporte ca o persoană întreagă. Este foarte probabil ca pacienții din clasele de mijloc să resimtă cel mai acut aceste umilințe, din moment ce condițiile lor de viață anterioare nu i-au imunizat împotriva unor asemenea ofense, dar toți pacienții resimt un declin. Pacientul reacționează deseori la această situație la fel cum ar face-o oricare membru normal al subculturii din afară în care se încadrează : încercând să impună o poveste tristă, care să demonstreze că nu e „bolnav”, că „micul necaz” în care a intrat a fost, de fapt, din vina altcuiva, că viața lui s-a desfășurat până atunci cu onoare și corectitudine și că, prin urmare, spitalul face o nedreptate aplicându-i forțat statutul de pacient psihiatric. Această tendință născută din respectul de sine este puternic instituționalizată în societatea pacienților, unde contactele sociale introductive presupun de obicei informații, oferite voluntar de participanții la discuție, privind secția în care se află internați și timpul petrecut deja în spital, dar nu și motivele internării, aceste interacțiuni desfășurându-se în stilul conversațiilor banale din lumea de afară[1]. După

în a-și manifesta compasiunea cerând o justificare dramatică pentru căderea în dizgrație. Poate că prostituata, silită să-și bată mereu capul să aibă la îndemână o poveste tristă, este mai degrabă de compătimit, decât de condamnat. Exemple bune de povești triste ale prostituatelor se pot găsi în : Henry Mayhew, *London Labour and the London Poor*, vol. IV, *Those That Will Not Work* (Charles Griffin and Co., Londra, 1862), pp. 210-272. Ca sursă contemporană, vezi *Women of the Streets*, ed. C.H. Rolph (Secker and Warburg, Londra, 1955), mai ales p. 6 : „Însă aproape întotdeauna, după câteva comentarii despre poliție, fata va începe să explice cum se face că duce această viață, de obicei în termeni de dezvinovățire [...]”. În ultima vreme, desigur, experții psihologi au ajutat persoanele din această profesie să construiască povești triste cu adevărat remarcabile. Vezi, spre exemplu, Harold Greenwald, *The Call Girl* (Ballantine Books, New York, 1958).

1. O regulă asemănătoare cu rol de autoprotecție a fost observată în închisori. Astfel, Alfred Hassler descrie, în *Diary of a Self-Made Convict* (Regnery, Chicago, 1954), p. 76, o conversație cu un tovarăș de detenție : „El n-a spus prea multe despre motivul condamnării, iar eu nu l-am întrebat, acesta fiind comportamentul acceptat în închisoare”. O versiune beletristică a acestei reguli, în contextul unui spital de psihiatrie, poate fi găsită în romanul lui J. Kerkhoff, *How Thin the Veil : A Newspaperman’s Story of His Own Mental Crack-up and Recovery* (Greenberg, New York, 1952), p. 27.

ce se familiarizează unii cu alții, toți pacienții oferă, de obicei, motive relativ acceptabile pentru spitalizarea lor și, în același timp, acceptă fără îndoială manifestă variantele oferite de ceilalți pacienți. Se înfățișează și se acceptă fățiș relatări de felul celor de mai jos:

> Urmam școala serală ca să obțin o diplomă în științele umaniste și, în plus, aveam și serviciu și n-am mai putut face față.
>
> Ceilalți de aici suferă de boli mintale, dar eu sufăr de un sistem nervos slab și de aici mi se trag fobiile astea.
>
> Am ajuns aici din greșeală, din cauza diagnosticului de diabet, și am să plec peste câteva zile. (Pacientul se afla internat de șapte săptămâni.)
>
> Am avut probleme mari în copilărie, iar mai târziu, cu soția mea, am început să manifest dependență.
>
> Problema mea e că nu pot munci! De asta sunt aici. Am avut două servicii și un cămin bun și bani câți voiam[1].

Uneori, pacientul întărește aceste povești cu o definiție optimistă a statutului său ocupațional. Un bărbat care a reușit să obțină o probă pentru postul de crainic radio se declară crainic de radio; un altul, care a făcut câteva luni muncă necalificată la un ziar și apoi a primit un post de reporter la o revistă comercială importantă, dar a fost concediat după trei săptămâni, se definește ca reporter.

În comunitatea pacienților se poate construi un rol social complet pe baza acestor ficțiuni reciproc susținute. Căci amabilitățile schimbate în mod direct, față în față, tind să fie întărite de bârfele schimbate „pe la spate", care se apropie doar foarte puțin de faptele „obiective". În aceasta, desigur, se poate vedea o funcție socială clasică a rețelelor de informații între egali: participanții își servesc reciproc drept public pentru povestirile cu rol de autosusținere – povestiri ceva mai solide decât invențiile pure și ceva mai șubrede decât faptele.

Dar relatarea justificativă a pacientului se naște într-un context unic, căci puține contexte ar putea fi atât de distructive pentru povestea vieții unui om – mai puțin pentru poveștile construite deja în conformitate cu concepția psihiatrică, desigur. Iar această distructivitate nu se bazează doar pe hârtia oficială care atestă că pacientul are o tulburare psihică și reprezintă un pericol pentru sine însuși și pentru ceilalți – confirmare ce pare să rănească adânc mândria pacientului și posibilitatea lui de a și-o păstra.

---

1. Din însemnările de teren ale autorului cu privire la interacțiunile sale neoficiale cu pacienții, transcrise pe cât de fidel i-a fost posibil.

De bună seamă, condițiile degradante din contextul spitalului contrazic multe dintre relatările despre sine înfățișate de pacienți ; însăși realitatea prezenței lor în spitalul de psihiatrie constituie o dovadă împotriva acelor relatări. Și, desigur, nu întotdeauna există suficientă solidaritate între pacienți, încât să nu se discrediteze reciproc, așa cum nu întotdeauna există un număr suficient de îngrijitori „cu profesionalism”, așa încât pacienții să nu fie discreditați de îngrijitori. Ca exemplu ilustrativ, un pacient-informator i-a replicat în repetate rânduri unui tovarăș de suferință : „Dacă ești așa deștept, de ce naiba ai ajuns aici ?”.

Însă mediul dintr-un spital de psihiatrie este chiar mai perfid. Personalul are multe de câștigat prin discreditarea poveștilor pacientului, indiferent care ar fi motivele percepute ale demersului discreditant. Pentru ca membrii personalului de supraveghere să-și poată desfășura activitatea cotidiană fără ca pacientul să protesteze ori să creeze probleme, le va folosi faptul de a-i putea arăta acestuia că lucrurile pe care le afirmă despre sine și pe baza cărora își formulează pretențiile sunt false, că nu este așa cum se pretinde a fi și că, de fapt, ca persoană, este un ratat. Pentru ca membrii personalului psihiatric din spital să-i inculce pacientului concepția medicală despre trăsăturile sale, trebuie să-i poată demonstra amănunțit acestuia că versiunea lor despre trecutul și despre caracterul lui este mult mai valabilă decât versiunea sa[1]. Pentru ca atât grupul supraveghetorilor, cât și cel al personalului medical să-l convingă pe pacient să coopereze la diferitele tratamente psihiatrice, se va dovedi util să-l scape de ideile greșite pe care și le-a format despre scopurile lor și să-l convingă de faptul că ei știu ce fac și că acționează spre binele său. Pe scurt, dificultățile cauzate de un pacient se află în strânsă legătură cu versiunea formulată de el cu privire la cele ce i se întâmplă, iar dacă se dorește obținerea cooperării, este utilă discreditarea acestei versiuni. Trebuie ca pacientul să ajungă, printr-o „iluminare”, să preia ori să se prefacă a prelua concepția despre el a spitalului.

---

1. Procesul examinării psihiatrice a unei persoane și al modificării sau reducerii ulterioare a statutului ei, în urma examinării, este cunoscut în argoul spitalicesc și de închisoare sub numele de „șicane” (*bugging* în original – n.t.), premisa fiind că, de îndată ce intri în atenția examinatorilor, ori vei fi etichetat automat ca nebun, ori te va înnebuni procesul de examinare. Astfel, se consideră uneori că personalul psihiatric nu descoperă dacă ești bolnav sau nu, ci te îmbolnăvește ; „Omule, nu mă șicana !” poate să însemne „Nu mă sâcâi într-atât încât să-mi ies din fire !”. Sheldon Messinger mi-a sugerat că acest sens al cuvântului *bugging* este înrudit cu celălalt sens colocvial, acela de a pune microfoane ascunse într-o încăpere cu scopul de a obține informații ce pot fi utilizate pentru a-l discredita pe vorbitor.

Personalul are, de asemenea, mijloace ideale (pe lângă efectul de oglindire al contextului) de a nega raționalizările internatului. Teoria psihiatrică actuală definește tulburarea psihică drept ceva ce-și poate avea rădăcinile în primii ani de viață ai pacientului și-i poate invada aproape toate sectoarele activității sale curente. Drept urmare, nici un segment al trecutului sau al prezentului său nu trebuie considerat ca depășind jurisdicția și autoritatea evaluării psihiatrice. Spitalele de psihiatrie instituționalizează birocratic această autoritate extrem de cuprinzătoare, stabilind în mod oficial tratamentul pacientului pe diagnosticul acestuia și, ca atare, pe concepția psihiatrică asupra trecutului său.

Dosarul de caz este o expresie importantă a acestei autorități. Se pare însă că dosarul nu este folosit cu regularitate pentru a înregistra ocaziile în care pacientul și-a demonstrat capacitatea de a aborda onorabil și eficient unele situații dificile de viață. De cele mai multe ori, nu este folosit nici pentru a furniza o medie aproximativă sau un eșantion al purtărilor sale anterioare. Una dintre menirile dosarului constă în a arăta în ce fel este „bolnav" pacientul, precum și motivele pentru care internarea lui și decizia de a-l ține în spital sunt juste; aceasta se face extrăgând, din întregul curs al vieții pacientului, lista acelor incidente care au (ori au avut) semnificație „simptomatică"[1]. Între acestea pot figura întâmplările de viață neplăcute ale părinților sau ale fraților, care ar fi putut avea un efect „contaminator". În dosar se vor înregistra acțiuni anterioare ale pacientului, în care a părut să manifeste erori de raționare sau perturbări emoționale. Pot fi descrise, de asemenea, ocaziile în care s-a purtat într-un mod pe care nespecialiștii l-ar considera imoral, pervers din punct de vedere sexual, marcat de slăbiciunea voinței, copilăresc, necugetat, impulsiv sau nebun. De cele mai multe ori, comportamentele greșite pe care cineva le-a considerat „ultima picătură", motiv pentru măsuri imediate, sunt

---

1. Deși multe tipuri de organizații alcătuiesc dosare ale membrilor lor, în aproape toate cazurile, anumite caracteristici cu semnificație socială pot fi incluse doar indirect, fiind irelevante din punct de vedere oficial. Dar, întrucât spitalele de psihiatrie au pretenția legitimă de a se ocupa de persoana „întreagă", ele trebuie să nu recunoască oficial nici un fel de limitare a informațiilor pe care le consideră relevante – excepție interesantă din punct de vedere sociologic. Este un fapt istoric ciudat acela că persoanele preocupate de promovarea libertăților civile în alte domenii ale vieții tind să-i acorde psihiatrului puteri discreționare depline asupra pacientului. Pare a se considera că interesele pacientului vor fi cu atât mai bine servite cu cât administratorii cu calificare medicală și terapeuții au mai multă putere. Din câte știu, pacienților nu li s-a cerut opinia în această privință.

descrise amănunțit. În plus, în dosar se va descrie starea pacientului la internare, moment în care este improbabil să se simtă liniștit și în largul lui. Dosarul mai poate prezenta și afirmațiile false furnizate de pacient drept răspuns la întrebările stânjenitoare, înfățișându-l ca pe o persoană care face afirmații evident contrare realității:

> Pacienta afirmă că locuiește cu fiica ei cea mare sau cu surorile doar când este bolnavă și are nevoie de îngrijire; altfel, locuiește cu soțul; acesta afirmă că nu mai locuiesc împreună de doisprezece ani.
>
> Contrar declarațiilor personalului, pacientul spune că nu se mai lovește de podele și nici nu mai plânge dimineața.
>
> […] ascunde faptul că i s-au extirpat organele genitale interne, afirmă că are, în continuare, menstruație.
>
> La început a negat că a avut relații sexuale premaritale, dar când a fost întrebată despre Jim, a spus că uitase de el, fiindcă a fost neplăcut[1].

Când cel care înregistrează datele nu cunoaște fapte contrare afirmațiilor pacientului, existența lor este lăsată, cu scrupulozitate, o problemă deschisă:

> Pacienta neagă orice experiență heterosexuală; nimeni n-a putut-o face să recunoască faptul de a fi fost vreodată însărcinată sau implicată în vreun fel de activitate sexuală, căci neagă, de asemenea, și masturbarea.
>
> Nici chiar supusă la presiuni considerabile, pacienta n-a acceptat să se angajeze în proiecții cu mecanisme paranoide.
>
> Nu s-a putut obține nici un conținut psihotic la acest moment[2].

Deseori, în descrierile stilului general de interacțiune al pacientului în spital apar afirmații discreditante, deși exprimate destul de general:

> La interviu a fost afabil, aparent sigur pe sine; tot ce rostește abundă în generalizări pompoase.
>
> Cu o înfățișare îngrijită și o mustăcioară bine tunsă, în stil Hitler, acest bărbat în vârstă de patruzeci și cinci de ani, care și-a petrecut în spital ultimii cinci ani din viață (sau chiar mai mult), reușește să aibă o viață de spital foarte bine adaptată, jucând rolul individului

1. Transcrieri fidele ale unor date din dosarele de caz ale spitalului.
2. Transcrieri fidele ale unor date din dosarele de caz ale spitalului.

vesel și vioi, cu calități excepționale, superior celorlalți pacienți în privința intelectului și, în plus, cu un mare succes la femei. Vorbirea lui este presărată cu numeroase cuvinte polisilabice pe care, în general, le folosește în contextul potrivit, dar, dacă vorbește suficient de mult, indiferent pe ce temă, în scurt timp devine evident faptul că e atât de pierdut în această diaree verbală, încât spusele lui sunt aproape inutile[1].

Așadar aspectele înregistrate în dosarul de caz sunt exact de tipul celor pe care un nespecialist le-ar considera scandaloase, defăimătoare și discreditante. Cred că pot afirma fără să greșesc că, în general, angajații spitalelor de psihiatrie, indiferent de nivel, nu reușesc să prelucreze acest material cu neutralitatea morală necesară în cazul afirmațiilor medicale și al diagnosticurilor psihiatrice, ci împărtășesc, prin intonație și gesturi, dacă nu și prin alte mijloace de exprimare, reacția nespecialiștilor. Aceasta se petrece atât în interacțiunile angajaților cu pacienții, cât și în interacțiunile dintre angajați, la care nu participă nici un pacient.

În unele spitale de psihiatrie, accesul la dosarul de caz este limitat din punct de vedere tehnic, fiind permis doar la nivelul medicilor și al asistenților superiori, dar, chiar și aici, personalul de la nivelurile inferioare are deseori acces neoficial sau indirect la informații[2]. În plus, se consideră că angajații din secții au dreptul să cunoască acele aspecte ale purtării din trecut a pacientului despre care se crede că, o dată încorporate în reputația pe care el o dobândește, le-ar da posibilitatea să se ocupe de pacient cu mai multe beneficii pentru el însuși și cu mai puține riscuri pentru ceilalți. În plus, angajații de

1. Transcrieri fidele ale unor date din dosarele de caz ale spitalului.
2. Unele spitale psihiatrice au însă un „fișet fierbinte", cu anumite dosare ce pot fi scoase de acolo numai cu permisiune specială. Poate fi vorba de dosarele pacienților care lucrează ca mesageri la biroul de internări și care, altfel, ar putea trage cu ochiul la propriile dosare; ale pacienților care au avut un statut de elită în comunitatea locală; ale pacienților care ar putea să întreprindă demersuri juridice împotriva spitalului și, ca atare, au un motiv deosebit de a obține accesul la dosarul propriu. Unele spitale au chiar și un „fișet ultrafierbinte", păstrat în biroul directorului. În plus, din fișă se omite uneori, intenționat, titulatura profesională a pacientului, mai ales dacă este una din domeniul medical. Desigur, toate aceste excepții de la regula generală de lucru cu informațiile demonstrează faptul că instituția conștientizează unele implicații ale dosarelor psihiatrice. Pentru un alt exemplu, vezi Harold Taxel, „Authority Structure in a Mental Hospital Ward" (lucrare nepublicată de masterat în științele umaniste, Departamentul de Sociologie al Universității Chicago, 1953), pp. 11-12.

la toate nivelurile au acces, de obicei, la însemnările asistentelor asupra secției, însemnări ce schițează zi de zi cursul bolii fiecărui pacient și, așadar, comportamentul său, oferind, pentru prezentul imediat, genul de informații pe care dosarul de caz le furnizează cu privire la trecut.

Cred că majoritatea informațiilor adunate în dosarul de caz sunt adevărate, deși poate părea adevărată și afirmația că viața oricărui om ar putea conține suficiente fapte denigratoare, care să devină, în dosar, temeiuri justificative pentru internare. În orice caz, nu mă preocupă aici punerea la îndoială a dezirabilității dosarelor de caz și nici motivele pentru care personalul le alcătuiește. Important este un alt lucru : aceste întâmplări din viața sa fiind adevărate, pacientul continuă, de bună seamă, să resimtă presiunea culturală firească de a le ascunde și poate se simte mai amenințat știind că accesul la aceste informații este facil și că nu îi stă în putere să decidă cine le poate afla și cine nu[1]. Tânărul cu înfățișare masculină care reacționează la recrutarea în armată fugind din cazarmă și ascunzându-se în camera pentru lenjerie a unui hotel, unde îl găsește mama lui, scăldat în lacrimi ; femeia care bate drumul din Utah și până-n

1. Aceasta este problema „controlului informațional”, care afectează numeroase grupuri, într-o măsură mai mică sau mai mare. Vezi Goffman, „Discrepancy Roles”, în *The Presentation of Self in Everyday Life* (Anchor Books, New York, 1959), cap. IV, pp. 141-166. O teoretizare a acestei probleme în legătură cu dosarele de caz din închisori este făcută de James Peck în lucrarea sa „The Ship that Never Hit Port” din *Prison Etiquette*, Holley Cantine și Dachine Rainer (eds.) (Retort Press, Bearsville, N.Y., 1950), p. 66 :

„Gardienii, firește, au toate atuurile în raporturile cu oricare deținut, fiindcă îi pot face oricând raport pentru a fi pedepsit inevitabil. Orice încălcare a regulilor este înregistrată în dosarul deținutului, un dosar care conține toate detaliile cu privire la viața lui înainte de detenție și în timpul ei. Acolo se află rapoarte generale, scrise de supraveghetorul de la locul de muncă, de supraveghetorul blocului de celule și de cine știe care alt supraveghetor care se poate să fi tras cu urechea la o conversație. Sunt incluse și relatările obținute trăgându-i de limbă pe informatori.

Orice scrisoare care interesează autoritățile ajunge la dosar. Cenzorul corespondenței poate să facă o fotocopie a întregii scrisori sau să copieze doar un paragraf. Sau poate să transmită scrisoarea directorului închisorii. Deseori, un deținut convocat la director sau la ofițerul care răspunde de el este pus față-n față cu ceva ce a scris cu atâta timp în urmă, încât a uitat cu desăvârșire. Ar putea fi ceva legat de viața personală ori de concepțiile sale politice – un fragment de gând considerat periculos de autoritățile închisorii și păstrat la dosar, spre a fi folosit ulterior”.

Washington ca să-l avertizeze pe președinte că-l pândește o nenorocire; bărbatul care se dezbracă în fața a trei fetițe; băiatul care își închide sora afară din casă și o lovește, scoțându-i doi dinți, când ea încearcă să intre pe fereastră – toate aceste persoane au făcut lucruri pe care au motive cât se poate de evidente să le ascundă de alții și despre care au motive întemeiate să mintă.

Modelele oficiale și neoficiale de comunicare dintre membrii personalului tind să amplifice activitatea de dezvăluire realizată prin dosarele de caz. Este foarte probabil ca un act compromițător pe care pacientul îl comite într-un anumit moment al rutinei cotidiene și într-o anumită parte a spitalului să ajungă la cunoștința celor care supraveghează alte aspecte ale vieții lui, aspecte în care, inerent, pacientul susține că nu este genul de persoană care ar putea să se comporte astfel.

În această privință, la fel ca în alte așezăminte sociale, este semnificativă practica tot mai frecventă a ședințelor comune ale personalului de la toate nivelurile, în care angajații își expun părerea despre pacienți și ajung la un acord colectiv privind atitudinea pe care pacientul încearcă s-o adopte și atitudinea care ar trebui adoptată în privința lui. Pacientul care stabilește o relație „personală" cu un îngrijitor sau reușește să-l îngrijoreze cu acuzații elocvente și insistente de malpraxis poate fi pus la locul lui cu ajutorul ședințelor comune de personal, în care îngrijitorul primește avertismente sau, dimpotrivă, asigurări că pacientul este „bolnav". Diferitele imagini despre sine întâlnite de individ la cei din jurul său, de la diferite niveluri, ajung în situația pacientului psihiatric să se unifice în culise, rezultând o abordare comună pentru toți cei implicați; în consecință, pacientul se poate găsi în fața unei conspirații împotriva sa – chiar dacă o conspirație considerată sincer a fi spre binele lui.

În plus, este foarte probabil ca transferul oficial al pacientului dintr-o secție în alta sau dintr-o clinică în alta să fie însoțit de o descriere neoficială a trăsăturilor sale, considerându-se că astfel se ușurează munca angajatului care preia responsabilitatea acelui pacient.

În sfârșit, la cel mai puțin oficial dintre niveluri, conversațiile amicale între angajați din timpul prânzului și al pauzei de cafea ating deseori subiectul comportamentelor celor mai recente ale pacientului, nivelul de bârfă existent în orice așezământ social fiind intensificat, în acest caz, de ipoteza că tot ce are legătură cu pacientul constituie, într-un fel sau altul, interesul de serviciu al angajaților spitalului. Teoretic, nu pare să existe nici un motiv pentru care astfel de bârfe să nu-l avantajeze pe pacient, în loc să-l desființeze – decât dacă se pretinde că discuțiile despre persoane care nu se află de față vor tinde întotdeauna să fie critice, pentru a se păstra caracterul integru

și prestigiul cercului în care se discută. Și astfel, chiar și atunci când vorbitorii par animați de generozitate și de bunătate, discuțiile lor sugerează de obicei că pacientul nu este o persoană „desăvârșită". Spre exemplu, un terapeut de grup scrupulos, plin de compasiune față de pacienții lui, le-a spus o dată tovarășilor săi de cafea:

> Am avut cam trei perturbatori la grup, un bărbat mai ales – un avocat, [*sotto voce*] James Wilson, foarte inteligent – care-mi dădea totul peste cap, dar îi spuneam de fiecare dată să urce pe scenă și să facă ceva. Începusem să disper, dar am dat peste terapeutul lui, care a spus că, în perioada aceea, dincolo de mască, omul are foarte mare nevoie de grup și că, probabil, grupul înseamnă pentru el mai mult decât orice, fiindcă urmează să se externeze, așa că are nevoie de sprijin. Ei bine, asta m-a făcut să-l privesc cu totul altfel. Acum s-a externat.

Așadar spitalele de psihiatrie asigură sistematic, în general, circulația acelor informații despre fiecare pacient pe care, probabil, pacientul însuși va încerca să le ascundă. Aceste informații sunt folosite zilnic, mai mult sau mai puțin detaliat, pentru a-i ataca afirmațiile. În cadrul discuțiilor purtate în vederea internării și a stabilirii diagnosticului, pacientului i se pun întrebări la care, pentru a-și păstra respectul de sine, trebuie să răspundă cu minciuni, iar ulterior poate fi atacat cu răspunsurile adevărate. Îngrijitorul căruia pacientul îi relatează propria versiune despre trecutul său și despre motivul pentru care se află în spital poate zâmbi neîncrezător sau poate spune: „Eu am auzit altceva!", în concordanță cu stilul psihiatric pragmatic, care cere aducerea pacientului cu picioarele pe pământ. Când pacientul abordează un medic sau un asistent din secție și îi solicită mai multe privilegii sau externarea, i se poate pune o întrebare la care poate răspunde sincer doar dacă recurge la o perioadă din viața lui în care s-a purtat nedemn. Când își expune părerea despre situație în cadrul terapiei de grup, terapeutul, preluând rolul anchetatorului, poate încerca să-i deschidă ochii față de interpretările menite să-i salveze obrazul și poate sprijini punctul de vedere conform căruia numai pacientul este de vină și numai el trebuie să se schimbe. Când afirmă în fața personalului sau a celorlalți pacienți că se simte bine și că n-a fost niciodată cu adevărat bolnav, cineva îi poate aminti detaliat și elocvent cum, cu doar o lună în urmă, țopăia ca o fetiță, susținea că e Dumnezeu, refuza să vorbească sau să mănânce ori își punea gumă de mestecat în păr.

De fiecare dată când angajații minimalizează importanța afirmațiilor pacientului, concepția acestuia despre cum ar trebui să fie o persoană și regulile interacțiunilor sociale din grupul de egali îl

constrâng să-și reconstruiască povestea și, de fiecare dată când face acest lucru, interesele de custodie și cele psihiatrice ale angajaților îi pot determina să-i discrediteze iarăși afirmațiile.

Dincolo de aceste suișuri și coborâșuri ale eului, provocate verbal, se găsește o temelie instituțională care se balansează la fel de precar. Contrar opiniei populare, „sistemul secțiilor” asigură o mare mobilitate socială internă în spitalul de psihiatrie, mai ales pe durata primului an de internare. În această perioadă, este probabil ca pacientul să fie mutat dintr-o clinică în alta o dată, dintr-o secție în alta de trei sau de patru ori, iar statutul condiționat i se poate schimba de mai multe ori ; de asemenea, este foarte probabil ca schimbările să fie atât în bine, cât și în rău. Fiecare dintre aceste mutări presupune o modificare foarte accentuată a nivelului de trai și a materialelor pe care pacientul le are la dispoziție pentru a-și construi un ciclu de activități cotidian cu efect de autoconfirmare ; amploarea acestei modificări echivalează cu cea a trecerii pe treapta imediat superioară sau imediat inferioară, în sistemul general al claselor sociale. În plus, ceilalți pacienți cu care s-a identificat parțial se vor muta și ei în mod similar, dar în direcții și la intervale de timp diferite, ceea ce-i induce persoanei simțămintele aferente schimbării sociale chiar și atunci când nu trăiește ea însăși schimbarea.

După cum sugeram anterior, doctrinele psihiatrice pot întări fluctuațiile sociale ale sistemului secțiilor. Astfel, există o concepție psihiatrică actuală potrivit căreia sistemul secțiilor este un fel de seră socială în care pacientul pornește ca nou-născut din punct de vedere social, iar în decurs de aproximativ un an, ajunge în secția de reabilitare ca adult resocializat. Această concepție mărește considerabil greutatea pe care personalul o atribuie activității sale și mândria pe care o resimte în raport cu ea și impune, mai ales la nivelul personalului superior, un anumit grad de orbire față de alte moduri de a privi sistemul secțiilor, cum ar fi acela de a-l considera o metodă de disciplinare, prin pedeapsă și recompensă, a persoanelor rebele. În orice caz, această perspectivă a resocializării tinde să supraaccentueze măsura în care pacienții din secțiile de irecuperabili sunt incapabili de comportament socializat și măsura în care cei din secțiile de recuperabili sunt pregătiți și dispuși să intre în jocul social. Pentru că sistemul secțiilor este ceva mai mult decât o cameră de resocializare, indivizii instituționalizați găsesc numeroase motive pentru „a o da în bară” sau pentru a-și crea probleme și, ca urmare, numeroase ocazii de a fi retrogradați în poziții mai puțin privilegiate din sistem. Asemenea retrogradări pot fi interpretate oficial ca recăderi psihiatrice sau ca regresii morale, ceea ce apără imaginea resocializatoare a spitalului ; în mod indirect, aceste interpretări transformă

simpla încălcare a regulilor și retrogradarea care survine drept consecință într-o expresie fundamentală a stării eului vinovatului. Tot astfel, promovarea, care poate surveni în virtutea suprapopulării unei secții, a nevoii de un „pacient muncitor” sau din alte motive fără relevanță psihiatrică, poate deveni parte integrantă a ceva ce se presupune că exprimă în mod profund eul întreg al pacientului. Personalul așteaptă ca pacientul să depună eforturi pentru „a se însănătoși” în mai puțin de un an și, ca atare, îi reamintește acestuia mereu să gândească din perspectiva succesului și a eșecului eului[1].

În asemenea contexte, instituționalizații pot descoperi că diminuările statutului moral nu sunt chiar atât de neplăcute pe cât credeau. La urma urmei, infracțiunile care au condus la respectivele retrogradări nu pot fi urmate de sancțiuni legale și nici de reducerea la statutul de pacient psihiatric, din moment ce acestea au avut deja loc. În plus, nici un delict din trecut sau din prezent nu pare a fi, în sine, suficient de îngrozitor pentru a-l exclude pe pacient din comunitatea pacienților, astfel că nereușita de a trăi corect își pierde o parte din semnificația stigmatizantă[2]. În sfârșit, acceptând versiunea spitalului cu privire la căderea sa în dizgrație, pacientul poate să înceapă demersurile necesare pentru a se „îndrepta” și să pretindă compasiune, privilegii și indulgență din partea personalului, ca sprijin în acest proces.

A învăța să trăiești în condiții de expunere iminentă și de fluctuații mari ale respectului, având prea puțin control asupra acordării sau retragerii acestui respect, constituie un pas important în socializarea pacientului, pas care spune ceva important despre viața ca instituționalizat într-un spital de psihiatrie. Faptul că greșelile din trecut și progresele din prezent ale individului sunt supuse permanent revizuirii morale pare să impună o adaptare specială, constând dintr-o atitudine mai puțin morală față de idealurile eului. Neajunsurile și succesele individului devin o chestiune prea importantă și prea oscilantă în viața acestuia pentru a mai permite grija obișnuită față de părerea altora cu privire la ele. Încercarea de a susține afirmații solide despre propria persoană nu este prea folositoare. Instituționalizatul tinde să învețe că nu trebuie să acorde prea mare importanță retrogradărilor și reconstruirilor eului; în același timp, învață că personalul și ceilalți instituționalizați sunt dispuși să privească amplificarea și diminuarea eului unui individ cu oarecare

1. Pentru această sugestie și pentru altele, îi sunt îndatorat doamnei Charlotte Green Schwartz.
2. Vezi, în această carte, „Viața clandestină a unei instituții publice”, p. 259, n. 1.

indiferență. Învață că o imagine de sine pasibilă de apărare poate fi privită drept ceva din afara persoanei, ceva care poate fi construit, pierdut și reconstruit, cu mare iuțeală și oarecum cu nepăsare. Învață cât de viabilă este adoptarea unui punct de vedere – și, ca urmare, a unui eu – exterior celui pe care i-l poate oferi și lua spitalul.

Așadar contextul pare să dea naștere unui fel de denaturare cosmopolită, unui fel de apatie civică. În acest context moral lipsit de gravitate și totuși ciudat de exagerat, să-ți construiești sau să-ți fie distrus un eu devine un fel de joc fără rușine, iar a învăța să vezi acest proces drept un joc pare să explice parțial demoralizarea, fiind vorba de un joc fundamental. Așadar, în spital, instituționalizatul poate învăța că eul nu este o fortăreață, ci un orășel deschis; devine precaut în a-și manifesta bucuria când orașul se află în posesia propriilor armate și la fel de precaut în a-și demonstra neplăcerea când îl capturează dușmanul. O dată ce individul învață ce înseamnă să te definească societatea drept persoană fără un eu viabil, această definiție amenințătoare – amenințare ce contribuie la atașarea oamenilor de eul pe care li-l oferă societatea – pierde din forță. Pacientul pare să ajungă într-o nouă fază de platou, în care află că poate supraviețui și atunci când se comportă într-un mod pe care societatea îl consideră distructiv pentru el.

Se pot furniza câteva ilustrări ale acestei relaxări și oboseli morale. În spitalele psihiatrice de stat pare să existe actualmente un fel de „moratoriu de căsătorie”, acceptat de pacienți și trecut cu vederea, mai mult sau mai puțin, de angajați. Asupra unui pacient care „își face de cap” cu mai mulți parteneri din spital la un moment dat se pot exercita presiuni neoficiale, din partea celorlalți pacienți, dar angajarea, cu stabilitate temporară, într-o relație cu un pacient de sex opus pare să nu determine sancțiuni, chiar dacă se știe că ambii parteneri sunt căsătoriți, au copii și chiar primesc în mod regulat vizita acestora. Pe scurt, în spitalele de psihiatrie se permite reluarea comportamentelor de curtare, însă cu conștiința faptului că nu poate ieși nimic serios sau durabil dintr-o astfel de relație. La fel ca poveștile de dragoste din croaziere ori din vacanțe, aceste relații atestă izolarea spitalului față de comunitatea în care se află și faptul că devine o lume de sine stătătoare, care există în beneficiul propriilor locuitori. De bună seamă, acest moratoriu constituie o expresie a înstrăinării și ostilității resimțite de pacienți față de oamenii din afară cu care aveau legături strânse. Dar, în plus, dovedește efectul de relaxare avut de traiul într-o lume circumscrisă altei lumi și în condiții care îngreunează considerarea cu maximă seriozitate a amândorura.

A doua ilustrare privește sistemul secțiilor. La nivelul secțiilor de irecuperabili, discreditările par a surveni cel mai frecvent – în parte

din cauza lipsei privilegiilor, în parte datorită batjocurii și sarcasmului care par să constituie norma ocupațională de control social pentru îngrijitorii și asistenții care se ocupă de aceste secții. În același timp, puținătatea dotărilor și a drepturilor înseamnă că eul nu prea poate fi construit în aceste condiții. Ca urmare, pacientul se trezește mereu dărâmat, dar înălțimea de la care cade este mică. În unele dintre aceste secții pare să se dezvolte un fel de umor negru, nepăsător, existând suficientă libertate de împotrivire în fața personalului și de a răspunde la insultă prin insultă. Deși acești pacienți pot fi pedepsiți, ei nu pot fi desconsiderați prea ușor, căci, în mod firesc, li se acordă puține dintre amabilitățile de care oamenii trebuie să se bucure înainte de a fi capabili să resimtă abuzuri mai subtile. La fel ca prostituatele în privința sexului, pacienții din aceste secții n-au cine știe ce reputație de pierdut și nici prea multe drepturi ; ca atare, își pot asuma anumite libertăți. Avansând pe scara sistemului secțiilor, individul reușește să evite tot mai des incidentele care-i discreditează pretenția de ființă umană și să dobândească tot mai multe dintre diferitele ingrediente ale respectului de sine ; însă atunci când, în cele din urmă, este iarăși dărâmat (lucru care se întâmplă negreșit), cade de la o înălțime mult mai mare. Spre exemplu, pacientul privilegiat trăiește într-o lume ce depășește granițele imediate ale secției, lume în care se află și angajații din sălile de recreere, aceștia putând să distribuie, la cerere, prăjituri, cărți de joc, mingi de ping-pong, bilete la film și materiale de scris. Dar, în absența controlului social al plății, exercitat de obicei de beneficiar în lumea din afară, pacientul se confruntă cu riscul ca până și funcționara cea mai binevoitoare să-i spună uneori să aștepte până își termină pălăvrăgeala neoficială, să-l întrebe la ce îi trebuie obiectul cerut sau să reacționeze la cererea lui cu ezitare și cu o privire glacială, evaluatoare.

Așadar deplasarea ascendentă și descendentă în sistemul secțiilor nu înseamnă doar o modificare a statutului reflectat și a instrumentelor de construire a eului, ci și o schimbare a ecuației riscurilor. Evaluarea riscurilor la adresa concepției de sine face parte din experiența morală a fiecăruia, dar aprecierea că un anumit nivel de risc este un simplu aranjament social reprezintă o experiență mai puțin frecventă, una ce pare să contribuie la deziluzionarea persoanei care o trăiește.

O a treia situație de relaxare morală are de-a face cu condițiile asociate deseori cu externarea pacientului. De multe ori, el părăsește spitalul sub supravegherea sau în jurisdicția persoanei celei mai apropiate ori a unui angajator special ales și deosebit de atent. Dacă individul nu se poartă conform cerințelor cât timp se află sub protecția lor, acești supraveghetori îi pot obține foarte repede reinternarea.

Ca urmare, individul se află sub incidența puterii speciale a unor persoane care, în mod normal, n-ar fi avut o atare putere asupra lui și care, în plus, se poate să-i fi dat anterior motive de a resimți ostilitate. Însă, pentru a ieși din spital, își poate ascunde neplăcerea provocată de respectivul aranjament și, cel puțin până când iese din evidențele spitalului, se poate arăta dispus să accepte acest fel de custodie. Deci procedurile de externare conțin o lecție despre adoptarea fățișă a unui rol fără angajamentele tainice obișnuite și par să-l separe și mai mult pe individ de lumile pe care ceilalți le iau în serios.

Cariera morală a unei persoane dintr-o categorie socială dată presupune o succesiune standard de modificări în felul cum concepe eul oamenilor, inclusiv pe cel propriu – lucru foarte important. Aceste repere de dezvoltare, pe jumătate ascunse, pot fi urmărite studiindu-i experiențele morale, adică întâmplările ce marchează puncte de cotitură în modul persoanei de a privi lumea, deși caracteristicile particulare ale concepției sale despre lume ar putea fi greu de stabilit. Se pot observa traseele sau strategiile manifestate fățiș, adică atitudinile pe care le adoptă eficient în fața anumitor indivizi, indiferent care ar fi natura ascunsă și variabilă a atașamentului său interior față de aceste manifestări externe. Observând experiențele morale și atitudinile personale manifeste, se obține un contur relativ obiectiv al unor chestiuni relativ subiective.

Fiece carieră morală și, dincolo de ea, fiecare eu se naște între granițele unui sistem instituțional, indiferent că este vorba de un așezământ social, cum ar fi spitalul de psihiatrie, sau de un complex de relații personale și profesionale. Ca urmare, eul poate fi considerat drept ceva inerent pentru membrii unui sistem social. Eul, în acest sens, nu reprezintă proprietatea persoanei căreia îi este atribuit, ci sălășluiește mai degrabă în modelul de control social exercitat, în raport cu persoana, de către persoana însăși și de către cei din jur. Această rânduială instituțională aparte nu susține eul, ci mai degrabă îl constituie.

În lucrarea de față au fost prezentate două astfel de rânduieli instituționale, arătându-se ce se întâmplă cu persoana când ele slăbesc. Prima privește loialitatea percepută a persoanei celei mai apropiate. Eul prepacientului este descris ca o funcție a modului în care se leagă între ele trei roluri, suportând evoluții și involuții în raport cu tipul afilierilor survenite între persoana cea mai apropiată și mediatori. A doua privește protecția necesară persoanei pentru versiunea în care vrea să se înfățișeze celorlalți și felul în care retragerea acestei protecții poate constitui un aspect sistematic, chiar dacă neintenționat, al funcționării unui așezământ. Vreau să subliniez că

acestea sunt doar două tipuri de rânduieli instituționale din care rezultă un eu al participantului ; alte tipuri, neprezentate în lucrarea de față, sunt la fel de importante.

În ciclul obișnuit al socializării adultului ne așteptăm să găsim înstrăinare și înjosire, urmate de un nou set de convingeri despre lume și o nouă concepție de sine. În cazul pacientului din spitalele de psihiatrie, această renaștere survine, într-adevăr, uneori, luând forma credinței puternice în perspectiva psihiatrică sau, cel puțin pentru o scurtă perioadă de timp, a devotamentului față de cauza socială a unui tratament mai bun acordat pacienților psihiatrici. Cariera morală a pacientului psihiatric prezintă însă un element unic de interes : poate ilustra posibilitatea ca persoana, renunțând la veșmintele vechiului eu (sau fiindu-i distruse de alții), să nu simtă nevoia de a căuta o nouă costumație și un nou public în fața căruia să se umilească. În schimb, poate învăța să practice, măcar pentru o vreme, în fața tuturor grupurilor, arta amorală a lipsei totale de rușine.

Viața clandestină a unei instituții publice[1]

Studiu asupra modalităților de ameliorare a traiului într-un spital de psihiatrie

1. O versiune mai concisă a acestei lucrări a fost prezentată la întrunirea anuală a American Sociological Society, Washington, D.C., august 1957.

Partea întâi : Introducere

Acțiune și existență

I

Legăturile stabilite între individ și diferitele tipuri de entități sociale pun în evidență o serie de proprietăți comune. Implicarea individului într-o entitate socială va avea aceleași caracteristici generale, indiferent dacă entitatea în cauză este o ideologie, o națiune, o meserie, o familie, o persoană sau o simplă conversație. Individul se vede confruntat cu diverse obligații : unele au caracter impersonal și vor presupune renunțarea la anumite alternative, desfășurarea de activități obligatorii, prestarea de servicii, alocarea de timp sau achitarea unor sume de bani ; altele au caracter personal și în raport cu ele se presupune că individul va simți apartenență, identificare și atașament afectiv. Așadar implicarea într-o entitate socială presupune atât *angajare*, cât și *atașament*.

Nu putem considera în mod realist cerințele de angajare sau de atașament pe care le are o entitate socială față de membrii ei fără a ne gândi la limitele considerate acceptabile ale acestor cerințe. Armata îi cere soldatului să fie curajos, dar stabilește o limită dincolo de care curajul nu mai poate fi socotit nicidecum o îndatorire ; în plus, soldatul are dreptul la concediu dacă se întâmplă să-i moară părintele ori să-i nască soția. Tot astfel, soția poate aștepta dovezi publice de solidaritate din partea soțului, astfel încât să alcătuiască împreună o unitate socială vizibilă, și totuși, în fiecare zi lucrătoare, trebuie să accepte că el nu-i poate sta fizic alături, căci lumea muncii îi reclamă prezența ; în plus, soțul își poate exercita, din când în când, dreptul de a petrece o seară singur într-un bar, de a încinge un joc de cărți cu amicii sau de a se bucura de alte avantaje ale libertății.

Laitmotivul dual clasic al sociologiei se regăsește tocmai aici, în legătura socială și în restricțiile impuse asupra ei. În societatea occidentală, acordul oficial sau contractul reprezintă simbolul acestei teme duale, întrucât proclamă simultan atât conexiunea, cât și limitele recunoscute ale părților pe care le leagă.

Dar trebuie adăugat un lucru cu privire la această temă duală. După cum a arătat Durkheim, în spatele oricărui contract există unele supoziții necontractuale referitoare la caracterul participanților[1]. Exprimându-și acordul cu privire la ceea ce își datorează și ceea ce nu își datorează una alteia, părțile acceptă implicit validitatea generală a drepturilor și obligațiilor contractuale, a diferitelor condiții de invalidare și a legitimității diferitelor tipuri de sancțiuni aplicate părții care încalcă prevederile contractului. De asemenea, părțile contractante își exprimă implicit acordul cu privire la competența lor juridică, la buna lor credință și la limitele între care trebuie să se situeze încrederea acordată reciproc, pe baza aprecierii că partenerul contractual este demn de încredere. Acceptând să renunțe la anumite lucruri și să-și mențină controlul asupra altora, individul își admite implicit apartenența la categoria persoanelor care au respectivele lucruri de oferit și de păstrat și, de asemenea, la categoria persoanelor care consideră legitimă angajarea lor într-un contract privitor la aceste chestiuni. Pe scurt, angajarea contractuală înseamnă a presupune că persoana în cauză are un anumit caracter și anumite trăsături date. Așadar, un contract precis și migălos, care delimitează cu mare atenție îndatoririle și drepturile unui individ, se poate baza pe o serie amplă de presupuneri legate de caracterul acestuia.

Dacă un contract oficial – un tip de legătură considerată, în definitiv, cât se poate de puțin dependentă de caracterul și capriciile personale ale părților – conține asemenea elemente de autodefinire subînțelese pentru ambele persoane implicate, cu atât mai numeroase vor fi elementele de autodefinire subînțelese ale altor tipuri de relații, mai puțin restricționate. În cazul unor relații ca prietenia și rudenia, în contextul cărora se afirmă uneori că poți cere orice lucru care nu este exclus în mod explicit, un important element autodefinitor implicit al calității de prieten bun sau frate credincios îl reprezintă acela că individul în cauză *este* genul de persoană care poate fi bun prieten sau frate credincios. Dacă un individ eșuează în îndeplinirea sarcinii de a asigura soției și copiilor săi cele necesare traiului, el intră, ca urmare, în categoria indivizilor care eșuează în această privință.

Cum orice relație include o amplă concepție aferentă cu privire la persoana implicată, în continuare ar trebui să ne punem problema atitudinii individului față de această modalitate de definire a persoanei sale.

Există o serie de posibilități extreme. Individul poate să-și neglijeze fățiș obligațiile, să se delimiteze de relația în care este implicat

1. Émile Durkheim, *Professional Ethics and Civic Morals*, tradusă în limba engleză de Cornelia Brookfield (Routledge & Kegan Paul, Londra, 1957), pp. 171-220.

și să înfrunte, fără a se rușina, felul în care îl redefinesc semenii. Poate refuza să includă elementele de autodefinire subînțelese ale relației respective în propria concepție despre sine, având grijă ca această alienare să nu transpară în acțiunile sale. Sau poate să accepte elementele de autodefinire implicite ale angajării sale în respectiva legătură și să devină, cu adevărat, așa cum ceilalți oameni, angajați împreună cu el în acea legătură, consideră că ar trebui să fie.

Deseori, în practică, individul evită toate aceste extreme. El refuză să îmbrățișeze pe de-a-ntregul toate elementele de autodefinire implicate de afilierea sa și lasă să se vadă parțial această detașare, dar, în același timp, își îndeplinește obligațiile importante.

În continuare doresc să explorez tocmai acest subiect, al distanțării manifeste și al modelelor comportamentale specifice pe care se fundamentează. Îmi propun să iau în considerare mai ales un anumit tip de entitate socială, anume „organizațiile formale instrumentale”, folosind ca principală bază de plecare datele obținute prin studiul de caz asupra unui spital de psihiatrie, tip de spital ce reprezintă o subclasă a organizațiilor amintite.

II

„Organizația formală instrumentală” poate fi definită ca un sistem de activități coordonate în mod deliberat, menite să conducă la atingerea unor anumite obiective generale explicite. Produsul scontat poate fi reprezentat de obiecte materiale, servicii, hotărâri sau informații, el putând fi distribuit participanților printr-o mare diversitate de căi. Mă voi ocupa în principal de acele organizații formale adăpostite în granițele unei singure clădiri sau ale unui complex de clădiri ; pentru ușurința exprimării, voi denumi asemenea instituții sau organizații „unități împrejmuite”.

Pot fi sugerate unele amendamente la abordarea mea tradiționalistă. Organizațiile formale pot avea o multitudine de obiective oficiale conflictuale, fiecare cu propriii susținători, astfel că apar îndoieli cu privire la facțiunea care trebuie considerată „purtătoarea de cuvânt” a organizației. Mai mult decât atât : un scop cum ar fi reducerea costurilor sau îmbunătățirea condițiilor aseptice poate fi aplicat în mod obiectiv, ca reper standard, mai multor activități de mică importanță ale unor organizații, dar alte instituții (ca, de exemplu, unele cluburi și centre de recreere cu acces liber) nu au scopuri din categoria celor care să poată reprezenta un standard bine definit, în raport cu care să se examineze aspectele de amănunt ale vieții acelei instituții. În cadrul altor organizații formale, obiectivul oficial

poate avea o importanță redusă, principalul scop fiind menținerea sau supraviețuirea organizației însăși. În sfârșit, granițele fizice cum sunt zidurile pot reprezenta, în ultimă instanță, o trăsătură întâmplătoare a organizațiilor și nu una analitică[1].

Organizațiile împrejmuite au o caracteristică pe care o putem întâlni la puține alte entități sociale: una dintre obligațiile individului este aceea de a se angaja *vizibil* în activitatea organizației, în momentele potrivite, ceea ce presupune mobilizarea atenției și a efortului fizic, angajarea persoanei față de activitatea desfășurată. Această absorbire obligatorie în activitatea organizației tinde să fie considerată deopotrivă simbolul angajării și al atașamentului individului și, în plus, simbolul acceptării implicațiilor pe care le presupune participarea la organizație asupra definirii propriei persoane. În consecință, orice studiu asupra modului în care se adaptează indivizii la demersul altora de a-i identifica și de a-i defini se va concentra, foarte probabil, asupra felului în care privesc ei manifestările exterioare de absorbire în activitățile organizației.

III

O organizație formală instrumentală supraviețuiește datorită capacității de a cere membrilor ei contribuții utilizabile, concretizate în activități; se impune folosirea mijloacelor și atingerea obiectivelor stipulate. Însă, după cum arăta Chester Barnard, prin intermediul conducerii ei, organizația se poate aștepta ca fiecare membru să-și aducă o contribuție corespunzătoare, prin activități proprii, dar numai în anumite limite; ca atare, ea trebuie să accepte aceste limite[2]. Fragilitatea organismului uman este bine cunoscută; trebuie făcute compromisuri, trebuie manifestată grijă, trebuie luate măsuri de protecție. Modul particular de formulare a limitărilor acceptate ale contribuției participanților într-o anumită cultură pare a fi o caracteristică foarte importantă a acestei culturi[3].

---

1. Amitai Etzioni mi-a sugerat acest argument într-o discuție personală.
2. Chester Barnard, *The Functions of the Executive* (Harvard University Press, Cambridge, 1947), cap. XI, „The Economy of Incentives”.
3. Pentru instituțiile economice, acest fapt a fost rezumat recent de către Talcott Parsons și Neil J. Smelser, în lucrarea *Economy and Society* (The Free Press, Glencoe, Ill., 1956), cap. III, „The Institutional Structure of the Economy”. O prezentare detaliată cu privire la organizațiile industriale se poate găsi în Reinhard Bendix, *Work and Authority in Industry* (Wiley, New York, 1956).

Concepția anglo-americană cu privire la aceste limite, exprimată din punctul de vedere adoptat aici – anume că organizația este identificată cu conducerea ei –, pare a consta din următoarele:

În primul rând, cât timp sunt angajați în activitățile organizației, membrilor li se asigură anumite „standarde de bunăstare" situate deasupra minimului necesar pentru funcționarea organismului uman. Aceste standarde vizează: asigurarea unui anumit nivel de confort fizic, de sănătate și de siguranță personală; limitarea tipului și cantității de efort cerut; considerație față de participarea membrilor la alte organizații la care aparțin în mod legitim; acordarea de drepturi cu privire la pensie și concedii; recunoașterea dreptului la exprimarea nemulțumirilor și chiar la intervenția juridică; și, cel puțin la nivelul afirmațiilor publice, recunoașterea dreptului la demnitate, la exprimarea propriei personalități și la creativitate[1]. Aceste standarde de bunăstare confirmă faptul că o ființă umană este ceva mai mult decât un simplu membru al unei organizații.

În al doilea rând, imaginile proiectate de societatea noastră sugerează faptul că membrii unei organizații pot coopera în mod voluntar, datorită „valorilor comune" la nivelul cărora converg interesele organizației și cele ale membrilor ei, atât sub aspect intrinsec, cât și sub aspect strategic. În unele cazuri, probabil individul este cel care se identifică cu obiectivele și soarta organizației – cazul celor care-și consideră școala ori locul de muncă drept motiv de mândrie personală. În alte situații, organizația pare a se implica în soarta unui anumit membru – cazul angajaților dintr-un spital care se bucură sincer de însănătoșirea unui pacient. În cele mai multe organizații, ambele moduri de manifestare a valorilor comune servesc la motivarea membrilor.

În al treilea rând, se recunoaște uneori necesitatea acordării de „stimulente", acestea reprezentând recompense bănești ori de alte tipuri, destinate pur și simplu să-l atragă pe individul ale cărui obiective majore nu coincid cu cele ale organizației[2]. Unele stimulente au relevanță externă; este vorba despre acele recompense pe care beneficiarul le poate scoate de pe teritoriul organizației spre a le folosi după

1. Bendix, *op. cit.*, „Managerial Conceptions of «The Worker»", pp. 288-297.
2. Modul nostru de gândire diferențiază ușor obiectivele organizației de plata salariaților, când, de fapt, acestea pot coincide. Este posibil ca obiectivul organizației să fie acela de a le acorda angajaților ei recompense consumabile în particular, salariul omului de serviciu având, în calitate de obiectiv organizațional, același statut ca și profitul acționarilor. Vezi R.M. Cyert și J.G. March, „A Behavioral Theory of Organizational Objectives", în Mason Haire (ed.), *Modern Organizational Theory* (Wiley, New York, 1959), p. 80.

bunul-plac, fără implicarea altor membri ai organizației; principalele trei categorii sunt: gratificațiile bănești, stagiile de instruire și acordarea de atestate. Alte stimulente au relevanță internă, constând în beneficii de care membrul se poate bucura numai în interiorul organizației; cele mai importante sunt promovările și ameliorarea condițiilor de utilizare a facilităților instituției. Numeroase recompense au ambele tipuri de relevanță, în această categorie situându-se funcții cum ar fi cea de director.

În sfârșit, se consideră că, la nevoie, participanții pot fi determinați să coopereze prin amenințări cu pedeapsa ori penalizarea. Aceste „măsuri negative" presupun o reducere importantă a recompenselor obișnuite sau a nivelului general de bunăstare, dar se pare că ele implică și altceva, pe lângă simpla reducere a recompenselor. Ideea că pedeapsa poate reprezenta o cale eficientă de a obține activitatea dorită are la bază concepții asupra naturii umane diferite de cele care explică efectul motivant al stimulentelor. Teama de penalizare pare adecvată pentru a determina individul să nu întreprindă anumite acțiuni ori să nu greșească în executarea lor; în schimb, dacă se urmărește obținerea unui efort personal susținut și de lungă durată din partea lui, sunt necesare recompensele, măsurile pozitive.

Așadar, în societatea noastră – și în altele, probabil –, o organizație formală instrumentală nu se limitează la a se folosi de activitatea membrilor. Organizația delimitează, de asemenea, standardele oficial acceptate de bunăstare, valori comune, stimulente și pedepse. Aceste concepții lărgesc simplul contract de participare, transformându-l într-o definire a naturii sau existenței sociale a participantului. Aceste imagini implicite formează un element important al valorilor promovate de orice organizație, indiferent de gradul ei de eficiență și de caracterul ei impersonal[1]. Prin urmare, reglementările sociale ale unei organizații conțin o concepție intrinsecă extrem de cuprinzătoare asupra membrilor ei, o concepție care nu-i vizează doar în calitate de membri, ci și în calitate de ființe umane[2].

Putem vedea cu ușurință ilustrarea acestor concepții organizaționale asupra omului în acele mișcări politice fundamentaliste și în grupările religioase evanghelice care pun accent pe standarde spartane de confort personal și pe valori comune, deopotrivă puternice și

---

1. Pentru o prezentare a sarcinilor valorizate din organizațiile economice, vezi Philip Selznick, *Leadership in Administration* (Row, Peterson & Co., Evanston, Ill., 1957).
2. Pentru un studiu de caz, vezi Alvin Gouldner, *Wildcat Strike* (Routledge & Kegan Paul, Londra, 1955), mai ales „The Indulgency Pattern", pp. 18-22, unde autorul descrie acele așteptări ale muncitorilor față de organizație care nu fac parte, oficial, din contractul de muncă.

omniprezente. Se consideră firesc și de la sine înțeles ca membrii să se pună întru totul în slujba nevoilor curente ale organizației. Se poate presupune că, indicându-le membrilor săi ce trebuie să facă și de ce trebuie să vrea să facă acel lucru, organizația îi arată fiecărui individ în parte tot ce poate el să fie. Individul se poate „lepăda de credință" în mai multe feluri și, chiar dacă asta nu se întâmplă prea des, există o puternică îngrijorare față de o asemenea eventualitate, ceea ce indică limpede problema identității și autodefinirii[1].

Dar să nu trecem cu vederea faptul că, atunci când o instituție oferă în mod oficial stimulente externe și recunoaște fățiș că are pretenții limitate la loialitatea, timpul și capacitățile intelectuale ale participantului, iar participantul acceptă toate acestea (indiferent cum folosește recompensa și în ce direcție arată că se îndreaptă interesul său major, diferit de cel al instituției), practic, el acceptă implicit o anume concepție despre ceea ce-l motivează și, ca atare, o anume imagine a identității sale. Individul poate considera că aceste supoziții la adresa lui sunt pe deplin firești și acceptabile, fapt ce arată de ce noi, ca examinatori ai acestor lucruri, în general, nu le conștientizăm, deși ele există. Un hotel care, din respect, se abține să cerceteze afacerile clienților săi, oricare ar fi acestea, și un lagăr dedicat spălării creierului, unde se consideră că toate afacerile „clienților" pot fi cercetate după bunul plac, se aseamănă într-o anumită privință: ambele instituții au o anumită concepție generală despre beneficiar, concepție importantă pentru acesta și cu care se presupune că el este de acord.

Totuși, situațiile extreme ne furnizează informații nu atât cu privire la marile forme de loialitate și trădare, cât despre actele mărunte ale existenței. Chiar și tranzacțiile minore care se petrec într-o organizație conțin elemente de autodefinire subînțelese pe care, poate, începem să le vedem abia când ne angajăm în studierea memoriilor unor idealiști meticuloși, cum ar fi indivizii condamnați la închisoare pentru refuzul de a-și satisface stagiul militar, bazat pe convingerile personale (politice sau religioase), ori prizonierii de război cu activitate politică, preocupați de probleme de conștiință cu privire la cât de mult să „coopereze" cu autoritățile. Spre exemplu, a te da la o parte concret din calea cuiva ca răspuns la o rugăminte politicoasă (cu atât mai mult la o poruncă) înseamnă, într-o oarecare măsură, a recunoaște legitimitatea acțiunii celuilalt. A accepta privilegii – cum ar fi exercițiile fizice în curte sau materialele necesare creației artistice – cât timp te afli în închisoare înseamnă a accepta, parțial,

1. Acest aspect este bine prezentat în narațiunea lui Isaac Rosenfeld, „The Party", *The Kenyon Review*, 1947, toamna, pp. 527-607.

concepția temnicerului tău cu privire la dorințele și nevoile tale, ajungând astfel în situația de a-i arăta oarecare recunoștință și cooperare (fie și prin simplul fapt de a accepta ceea ce ți se oferă) și, prin aceasta, de a-i recunoaște în oarecare măsură dreptul de a face supoziții în ceea ce te privește[1]. Astfel apare problema colaborării cu dușmanul. Un deținut poate respinge chiar și rugămintea politicoasă a unui gardian amabil de a arăta vizitatorilor picturile pe care le-a făcut, de teamă ca acest grad de cooperare să nu sprijine legitimitatea poziției temnicerului și, indirect, legitimitatea concepției acestuia cu privire la deținut[2]. Tot astfel, deși este clar că deținutul politic care moare fără să scoată un cuvânt, chiar fiind supus la tortură fizică, dezaprobă concepția temnicerilor lui cu privire la lucrurile care l-ar putea motiva pe el și, în consecință, le dezaprobă concepția despre caracterul său, din atitudinea prizonierilor de război pot fi învățate și alte lucruri, mai puțin evidente la prima vedere. De pildă, un prizonier cu gândire complexă, supus unor interogatorii subtile, poate ajunge să considere că dezvăluie informații chiar și dacă răspunde prin tăcere la întrebările ce i se pun, devenind colaboraționist împotriva voinței sale ; astfel, situația capătă o putere de autodefinire pe care nu o poate evita rămânând pur și simplu loial și neclintit[3].

Desigur, deținuții moralizatori nu sunt singurele persoane cu conștiință superioară a căror atitudine ne face să conștientizăm elementele de autodefinire subiacente unor aspecte minore ale participării la o organizație. O altă categorie de maximă importanță o reprezintă acei adepți educați și militanți ai vieții fără de muncă, indivizi care-și duc existența în metropole ca New York-ul fără să plătească nici un ban. Urmându-și drumul pe străzile orașului, acești oameni interpretează fiecare loc din perspectiva posibilității de a obține hrană, căldură și loc de dormit gratuite, obligându-ne astfel să conștientizăm presupunerea implicită că oamenii obișnuiți, aflați în asemenea situații, trebuie să fie preocupați de alte griji, întrucât le stă în fire să fie preocupați de acele alte griji. A afla care sunt supozițiile implicite cu privire la utilizarea corectă a instituțiilor orașului înseamnă a afla ce caracter și ce preocupări sunt atribuite cetățenilor săi și considerate legitime. Un manual recent apărut în

1. Spre exemplu, vezi Lowell Naeve, „A Field of Broken Stones”, în Holley Cantine și Dachine Rainer (eds.), *Prison Etiquette* (Retort Press, Bearsville, N.Y., 1950), pp. 28-44.
2. *Ibidem*, p. 35.
3. Albert Biderman, „Social-Psychological Needs and «Involuntary» Behavior as Illustrated by Compliance in Interrogation”, *Sociometry*, XXIII (1960), pp. 120-147, mai ales pp. 126-128.

acest domeniu[1] ne arată că Grand Central Station este un loc destinat oamenilor care pleacă undeva sau întâmpină sosirea unor prieteni, nu un loc unde să trăiești ; că vagonul de metrou e făcut pentru călători, holul unui hotel este un loc unde oamenii se întâlnesc, biblioteca e destinată lecturilor, scara de incendiu – supraviețuirii, cinematograful este destinat vizionării de filme și nici un individ care folosește aceste spații drept dormitor nu are configurația motivațională acceptată în respectivele locuri. Povestea unui bărbat care s-a dus la Spitalul de Chirurgie Specială în fiecare după-amiază, timp de o lună întreagă, iarna, ca să viziteze o fată internată acolo pe care abia dacă o cunoștea, doar fiindcă în spital era cald și lui îi era frig[2], ne poate ajuta să înțelegem că un spital așteaptă o anumită gamă de motive din partea vizitatorilor, dar, la fel ca în cazul oricărei alte entități sociale, se poate profita de el, i se pot găsi noi întrebuințări – pe scurt, poate fi folosit într-un mod neconcordant cu așteptările celor implicați în activitățile sale. Tot astfel, aflând că hoții de buzunare activi și profesioniști se pot angaja în furturi mărunte, dar periculoase din magazine fiindcă au prea mult respect de sine ca să plătească pentru bunurile dorite[3], putem aprecia elementele de autodefinire subînțelese ale actului banal de a face cumpărături la magazinul din cartier.

Discrepanțele existente astăzi între concepția oficială despre participanții la o organizație și concepția participanților înșiși sunt evidente cu precădere în industrie, mai precis, în problema stimulentelor îndreptățite și în conceptul de „lucrător constant”. Conducerea unei întreprinderi presupune deseori că angajații vor dori să continue să lucreze cât mai mult timp, pentru a acumula economii și a obține beneficiile care decurg din experiența îndelungată. Însă, judecând după aspectele puse în evidență de lumea socială a anumitor categorii de muncitori din clasa inferioară a mediului urban și, de asemenea, a multor muncitori care trăiesc în așezările de la periferia societății industriale, conceptul de „lucrător constant” nu se potrivește acestor oameni. Putem cita un caz petrecut în Paraguay :

> Comportamentul țăranilor în contextul muncii plătite este instructiv. Părerea lor cea mai vădită și mai idealizată este aceea că, dacă lucrezi pentru cineva, îi faci o favoare personală ; salariul pe care-l

1. Edmund G. Love, *Subways Are for Sleeping* (Harcourt Brace and Company, New York, 1957).
2. *Ibidem*, p. 12.
3. David Maurer, *Whiz Mob*, publicația nr. 12 a American Dialect Society, 1955, p. 142.

primești în schimbul muncii prestate reprezintă un cadou sau un semn de respect. O concepție mai puțin vădită este aceea că munca plătită constituie modalitatea de a aduna o sumă modestă de bani, pentru un scop anume. Munca nu este privită ca un bun ce poate fi cumpărat și vândut în mod impersonal, după cum nu se consideră că a munci pentru un angajator reprezintă o cale posibilă de a-ți câștiga existența. Rotația forței de muncă pe cele câteva plantații și în fabrica de cărămizi se face rapid, fiindcă, de obicei, muncitorul părăsește locul de muncă imediat ce strânge mica sumă de bani pe care și-a propus-o. În unele cazuri, angajatorii străini din Paraguay au hotărât să ofere salarii mai mari decât se obișnuia, pentru a obține muncă de cea mai bună calitate și pentru a avea lucrători mulțumiți, care să rămână mai multă vreme în respectiva slujbă. Dar salariile mai mari au avut o consecință de-a dreptul opusă: rotația muncitorilor s-a accelerat. Nu s-a înțeles faptul că oamenii care acceptă să facă munci plătite recurg la acest mijloc doar ocazional, pentru a obține o anumită sumă de bani; cu cât obțin mai repede acea sumă, cu atât mai repede demisionează[1].

Nu doar organizațiile industriale constată că unii dintre membrii lor definesc în mod surprinzător o situație dată. Și închisorile constituie un exemplu în acest sens. Un deținut obișnuit, încuiat în celula sa, îndură privațiunile anticipate de conducerea închisorii; însă pentru englezul din segmentul superior al clasei de mijloc, azvârlit între tot felul de scursori ale societății britanice, detenția în regim de izolare poate avea o însemnătate neașteptată:

Mi-am petrecut primele cinci săptămâni de detenție în celula mea, singur, din fericire, cu excepția celor două ore de muncă dimineața și a perioadelor alocate după-amiaza exercițiilor fizice. Celor mai mulți oameni le e groază de orele lungi petrecute în celulă. Eu însă, după o vreme, am ajuns să aștept cu nerăbdare să fiu singur, căci, din fericire, asta mă scutea să aud cum țipă ofițerii la mine ori să ascult vorbele grosolane ale celorlalți deținuți. Cele mai multe ore de solitudine le-am petrecut citind[2].

Un francez, funcționar civil în Africa de Vest, ne oferă un caz cu implicații mai radicale:

Nu toți oamenii din Africa de Vest franceză concep închisoarea la fel. Într-o parte a țării pare o aventură ce nu are nimic dezonorant;

---

1. E.R. și H.S. Service, *Tobatí : Paraguayan Town* (University of Chicago Press, Chicago, 1954), p. 126.
2. Anthony Heckstall-Smith, *Eighteen Months* (Allan Wingate, Londra, 1954), p. 34.

> în altă parte, dimpotrivă, e totuna cu condamnarea la moarte. Există africani care, dacă-i bagi la închisoare, vor deveni un fel de servitori domestici și vor ajunge să se considere membri ai familiei tale. Însă un african Fulani întemnițat va muri[1].

În această discuție nu intenționez să scot în evidență numai setul de concepții formulate explicit de conducerea organizațiilor cu privire la însușirile omenești ale membrilor lor, deși acesta este, cu siguranță, un element semnificativ al situației[2]. Dimpotrivă, intenționez să mă refer și la *măsurile* luate de conducere, căci și acestea exprimă o concepție asupra persoanelor pe care le vizează[3]. Și de această dată, închisorile ne oferă un exemplu limpede. Sub aspect ideologic, oficialitățile dintr-o închisoare pot adopta poziția conform căreia prizonierul ar trebui să accepte – dacă nu chiar să îmbrățișeze – faptul de a se afla în închisoare, căci se presupune că închisorile (cel puțin cele de tip „modern") îi oferă prizonierului o modalitate de a-și plăti vina față de societate, de a cultiva respectul față de lege, de a medita la propriile păcate, de a învăța o meserie cinstită și, în unele cazuri, de a beneficia de o foarte necesară psihoterapie. Uneori, oficialitățile chiar adoptă această poziție. Dar în privința demersurilor concrete, conducerea închisorilor se concentrează cu predilecție asupra chestiunii „securității", adică asupra prevenirii neregulilor și evadărilor. Ideea că deținuții vor profita de cea mai mică șansă de evadare ca să nu-și execute sentința reprezintă un aspect important al felului în care conducerea unei închisori definește caracterul deținuților. Putem adăuga că dorința deținuților de a evada și faptul că, de obicei, își reprimă această dorință doar datorită probabilității mari de a fi prinși și penalizați exprimă (prin simțire și acțiune, nu prin cuvinte) acordul acestora față de concepția conducerii închisorii cu privire la ei. Așadar starea de conflict și ostilitatea existente între

1. Robert Delavignette, *Freedom and Authority in French West Africa* (International African Institute, Oxford University Press, Londra, 1950), p. 86. Pe scurt, nu zidurile din piatră fac o închisoare să fie închisoare – un subiect tratat în capitolul intitulat chiar astfel în lucrarea lui Evelyn Waugh, *Decline and Fall*.
2. Vezi Bendix, *op. cit.*
3. Cu privire la supozițiile care vizează motivația economică, vezi, spre exemplu, Donald Roy, „Work Satisfaction and Social Reward in Quota Achievement: An Analysis of Piecework Incentive", *American Sociological Review*, XVIII (1953), pp. 507-514, și William F. Whyte *et al.*, *Money and Motivation* (Harper, New York, 1955), mai ales pp. 2 și urm., unde Whyte prezintă concepțiile manageriale cu privire la natura umană a muncitorului implicate în aranjamentele pentru munca în acord.

conducere și deținuți sunt compatibile, în mare măsură, cu acordul ambelor părți în privința unor trăsături ale deținuților.

Pe scurt, sugerez să privim participarea la o organizație dintr-un punct de vedere aparte. Nu ne va preocupa ce se așteaptă de la participant să facă și nici ceea ce face el. Interesează faptul că activitatea cerută în cadrul organizației sugerează o concepție asupra participantului și faptul că, în consecință, organizația poate fi considerată un loc unde sunt generate supoziții cu privire la identitatea individului. Când trece pragul instituției, individul își asumă anumite obligații : să fie conștient de situație, să se orienteze în raport cu ea și să i se conformeze. Participând la activitățile din instituție, își asumă obligația de a se implica realmente, în acel moment, în activitate. Prin orientarea și angajarea atenției și prin efortul depus, individul își conturează în mod vizibil atitudinea față de instituție și față de concepția subînțeleasă a instituției față de el. Angajarea într-o anumită activitate, cu atitudinea prescrisă, înseamnă a accepta că ești un anumit fel de persoană care viețuiește într-un anumit fel de lume.

Orice instituție socială poate fi privită ca un loc unde se nasc, în mod sistematic, elemente de autodefinire subînțelese ; putem să mergem mai departe și să o vedem ca pe un loc unde participantul se confruntă în mod sistematic cu aceste elemente. A renunța la activitățile prescrise sau a te angaja în ele în moduri neprescrise ori pentru scopuri neprescrise înseamnă să te delimitezi de eul oficial și de lumea care îi stă la dispoziție în mod oficial. A prescrie anumite activități înseamnă a prescrie o lume ; a ocoli ceva prescris poate să însemne a ocoli o identitate.

Vă voi prezenta două exemple. Față de muzicienii care ocupă fosa orchestrei într-un spectacol pe Broadway există anumite așteptări : să vină la serviciu la timp, îmbrăcați cum se cuvine, după un anumit număr de repetiții și conștienți de ceea ce au de făcut. Din clipa când își iau locul în fosă, se așteaptă de la ei să se dedice întru totul, cu atenție și cu eleganță, interpretării partiturii sau urmăririi momentelor când trebuie să intervină. Ne așteptăm ca ei, muzicienii, să se disciplineze, în sensul limitării la lumea muzicii. Aceasta este existența pe care o generează pentru ei fosa orchestrei și activitatea muzicală.

Însă după ce au învățat partitura spectacolului respectiv, muzicienii se trezesc că nu mai au nimic de făcut și, în plus, că sunt pe jumătate ascunși privirii acelora care se așteaptă ca ei să fie doar muzicieni în exercițiul funcțiunii, dedicați trup și suflet acestui rol. În consecință, acești oameni, deși imobilizați din punct de vedere fizic, tind să se depărteze de meseria lor și să expună, în mod clandestin, un eu și o lume cu totul străine de public. Având grijă să

nu fie zăriți, ei se pot apuca să scrie scrisori sau să compună muzică, să recitească operele marilor clasici, să dezlege cuvinte încrucișate, să-și trimită bilețele, să joace șah pe o tablă împinsă pe podea de la unul la altul ori să se joace cu pistoale cu apă. Evident, un muzician dotat cu un radio portabil cu căști, care uimește iubitorii de spectacole din primul rând al sălii exclamând pe neașteptate : „Snider a marcat un gol !”[1], nu activează în rolul și în lumea programată pentru el – fapt atestat de plângerile depuse de public la conducerea teatrului.

Un al doilea exemplu ni-l furnizează viața într-un lagăr german pentru prizonierii de război[2]. Deținutul care trece pe lângă un ofițer fără a-i da motive să-i corijeze comportamentul pare a fi un deținut adaptat cum se cuvine la situația dată și care-și acceptă întemnițarea. Dar știm că un asemenea deținut ar putea ascunde sub haină câteva bucăți de lemn ce pot fi utilizate spre a întări tavanul unui tunel săpat pentru evadare. Un deținut „dotat” astfel ar putea sta în fața unui ofițer fără să fie persoana pe care o vede ofițerul și fără să se afle în lumea pe care lagărul ar trebui să i-o impună. Deținutul este imobilizat în lagăr, dar capacitățile sale au migrat. Mai mult decât atât : întrucât îmbrăcămintea *poate* ascunde dovezi clare ale acestei migrații și, din moment ce participarea la orice organizație presupune o mască personală ce include îmbrăcămintea, trebuie să acceptăm ideea că *orice* personaj interpretat de *orice* persoană *poate* ascunde dovezi de evadare spirituală.

Așadar orice organizație implică o anumită disciplină a activității, dar pe noi ne interesează faptul că, la un anumit nivel, orice organizație implică și o disciplină a modului de a fi – obligația de a demonstra un anumit caracter și de a exista într-o anumită lume. Iar scopul meu, aici, este acela de a examina un tip special de evadare : neglijarea nu a activităților prescrise, ci a modului de existență prescris.

---

1. Albert M. Ottenheimer, „Life in the Gutter”, *The New Yorker*, 15 august 1959.
2. P.R. Reid, *Escape from Colditz* (Berkley Publishing Corp., New York, 1956), p. 18.

Adaptări primare și adaptări secundare

I

Acum putem introduce un nou concept. Când individul desfășoară, în mod cooperant, activitățile pe care i le cere organizația și în condițiile cerute – în societatea noastră, cu sprijinul standardelor instituționalizate de bunăstare, cu motivația creată prin stimulente și valori comune și cu aceea determinată de penalizările reglementate –, el este transformat într-un co-operator : devine membrul „normal”, „programat” sau integrat. Primește și obține, cu atitudinea cuvenită, ceea ce s-a planificat în mod sistematic, indiferent dacă i se cere mult sau puțin. Pe scurt, descoperă că, în mod oficial, i se cere să fie nici mai mult, dar nici mai puțin decât este pregătit și că este obligat să trăiască într-o lume care, de fapt, i se potrivește. În aceste condiții, voi spune că individul are o *adaptare primară* la organizație și voi trece cu vederea faptul că ar putea fi tot atât de logic să afirm că organizația are o adaptare primară la individ.

Am elaborat acest termen stângaci pentru a ajunge la un al doilea : cel de *adaptare secundară*, care se definește drept orice rânduială obișnuită prin intermediul căreia membrul unei organizații folosește mijloace neautorizate, obține rezultate neautorizate sau face și una, și alta, eludând astfel supozițiile organizației cu privire la ceea ce ar trebui să facă și să obțină și, în consecință, cu privire la ceea ce ar trebui să fie individul. Adaptările secundare reprezintă modalități prin care individul se distanțează de rolul și de eul pe care instituția i le-a considerat de la sine înțelese. Spre exemplu, în America se presupune în mod curent că deținuții sunt persoane care ar trebui să aibă acces la biblioteci, mintea lor fiind una care poate obține beneficii de pe urma lecturii și căreia ar trebui să i se permită acest lucru. Dată fiind această activitate legitimă legată de cărți, putem anticipa constatările făcute de Donald Clemmer cum că, adeseori, deținuții comandă cărți nu pentru a se instrui, ci ca să impresioneze comisia de eliberare pe cauțiune, să-i dea bibliotecarului bătaie de cap sau, pur și simplu, ca să primească un colet[1].

Există termeni sociologici care se referă la adaptările secundare, dar ei se mai referă și la alte lucruri. Se poate folosi termenul „informal”, numai că o organizație poate stabili în mod formal un

1. Donald Clemmer, *The Prison Community* (reeditare ; Rinehart, New York, 1958), p. 232.

interval de timp și un loc în care membrii să poată fi, oficial, de capul lor, să creeze și să se bucure de activități recreaționale la alegere, exercitând un stil comportamental cu un caracter informal de tip „vestiar": pauzele de la școală constituie un exemplu. Poate fi folosit termenul „neoficial", dar acest concept tinde să se refere numai la ceea ce, în mod obișnuit, ar constitui partea oficială a activității în organizație și, în orice caz, termenul „neoficial" se poate aplica în mod corect acelor acorduri tacite și acelor activități necodificate prin intermediul cărora se pot promova scopurile oficiale ale organizației, iar participanții pot obține eventualele adaptări primare posibile în contextul dat[1].

Vreau să menționez unele dificultăți în folosirea conceptului de adaptare secundară. Există unele adaptări secundare (cum ar fi obiceiul lucrătorului de a acoperi nevoia familiei sale pentru produsul la fabricarea căruia contribuie) care au devenit în asemenea măsură o parte acceptată a funcționării unei organizații, încât capătă caracterul

1. În studiul clasic al lui Hawthorne asupra grupurilor de muncă informale sau neoficiale, principala funcție a solidarității muncitorilor pare a fi aceea de a contracara concepția conducerii cu privire la ceea ce ar trebui să facă și cum ar trebui să fie lucrătorii, caz în care adaptările secundare și adaptările informale s-ar referi la același lucru. Însă studiile ulterioare au ilustrat faptul că clicile informale la locul de muncă pot executa activități perfect compatibile cu rolul stabilit de conducere pentru muncitori și chiar cu efect de întărire a acelui rol. Vezi Edward Gross, „Characteristics of Cliques in Office Organizations", *Research Studies*, State College of Washington, XIX (1951), mai ales p. 135; „Some Functional Consequences of Primary Controls in Formal Work Organizations", *American Sociological Review*, XVIII (1953), pp. 368-373. În mod evident, preferința față de rațiunea „practică" și nu față de rațiunea „formală" – adică urmărirea selectivă a unor anumite obiective oficiale în defavoarea altor obiective oficiale, aflate în conflict cu primele – poate fi demonstrată atât la nivelul conducerii, cât și la nivelul subordonaților. Vezi, spre exemplu, Charles Page, „Bureaucracy's Other Face", *Social Forces*, XXV (1946), pp. 88-94; A.G. Frank, „Goal Ambiguity and Conflicting Standards: An Approach to the Study of Organization", *Human Organization*, XVII (1959), pp. 8-13. Vezi și studiul realmente remarcabil al lui Melville Dalton, *Men Who Manage* (Wiley, New York, 1959), spre exemplu p. 222:

„[...] acțiunea informală poate servi multor scopuri: să schimbe și să conserve organizația, să-i protejeze pe indivizii slabi, să-i pedepsească pe cei care greșesc, să-i răsplătească pe alții, să recruteze noi angajați și să păstreze demnitatea acțiunii formale, dar și, desigur, să perpetueze luptele pentru putere și să servească unor scopuri în fața cărora ne-am încrunta cu toții".

de „bacșiș”, având două caracteristici : de a nu fi cerut și nici contestat fățiș[1]. Iar unele astfel de activități nu sunt doar dintre cele ce vor deveni legitime în scurt timp, ci mai degrabă activități ce trebuie să rămână neoficiale pentru a avea eficiență. După cum a arătat Melville Dalton, capacitățile speciale ale unui participant pot fi sprijinite cu recompense pe care nici un altul din categoria lui nu le primește. Iar ceea ce participantul în cauză poate considera drept un aspect pentru care scapă nepedepsit – o adaptare secundară – ar putea să-i fie permis în mod intenționat de un funcționar scrupulos care acționează astfel doar din dorința de a asigura menținerea eficienței generale a organizației[2]. În plus, după cum am arătat anterior, se poate să nu existe consens cu privire la persoanele care joacă rolul de purtători de cuvânt ai organizației, iar când există consens, purtătorii de

1. Vezi, de pildă, articolul lui Paul Jacobs, „Pottering about with the Fifth Amendament”, *The Reporter*, 12 iulie 1956.
2. Dalton, *op. cit.*, mai ales cap. VII, „The Interlocking of Official and Unofficial Reward”. Dalton argumentează (pp. 198-199) că în industrie există, corespunzător unei game largi de recompense neoficiale, o gamă foarte largă de servicii neoficiale pe care directorul trebuie, cumva, să le solicite din partea oamenilor săi, pentru ca organizația să funcționeze fără probleme :
„Deși la modul ideal recompensele informale se oferă pentru eforturi și contribuții care le depășesc pe cele așteptate la un anumit nivel ocupațional, ele se mai oferă și în multe alte scopuri, deseori neașteptate și oficial interzise, însă importante pentru susținerea organizației și pentru atingerea obiectivelor ei. Spre exemplu, pot fi acordate : (1) în locul unei promovări sau a unei măriri de salariu care nu poate fi aplicată ; (2) ca bonificație pentru îndeplinirea unor sarcini necesare, dar neplăcute sau de prestigiu scăzut ; (3) ca «narcotic» pentru a uita înfrângerile în luptele cu caracter politic sau în conflictele de statut ; (4) ca răsplată pentru împăcarea unui coleg sau pentru încheierea unei alianțe cu alt departament ; (5) ca obol pentru persoanele-cheie din rândurile funcționarilor sau ale muncitorilor, menit să împiedice încetinirea ritmului de lucru și să mărească vigilența față de erori în perioadele critice ; (6) ca suplimentare cinstită pentru un salariu mic, dar maxim posibil ; (7) pentru înțelegere și ajutor în aplicarea și apărarea sistemului de stimulente neoficiale ; (8) pentru mari sacrificii personale. Există, desigur, forme de sprijin mai subtile, care pot să nu fie exprimate în cuvinte, dar sunt recunoscute intuitiv și recompensate când situația o permite. Între acestea se numără : capacitatea de a menține moralul ridicat la nivelul grupului sau al departamentului ; abilitatea de a alege și de a păstra subordonați buni ; înțelegerea tacită, constantă a ceea ce superiorii și colegii așteaptă și, uneori, evită să formuleze explicit, chiar și neoficial ; abilitatea expertă de a salva onoarea superiorilor și de a păstra demnitatea organizației în condiții potrivnice”.

cuvânt pot avea îndoieli cu privire la punctul unde se poate trage linia de demarcație între adaptările primare și cele secundare. Spre exemplu, în multe colegii americane s-ar considera o concepție total eronată despre firea studentului dacă s-ar reduce prea mult partea „socială”, extracurriculară a experiențelor din colegiu. Aceasta corespunde concepțiilor actuale privind necesitatea de a avea studenți „pricepuți la toate” sau „cu educație completă”. Dar există mai puțin consens cu privire la cum anume să se împartă timpul studenților între activitățile academice și cele extracurriculare. Tot astfel, este înțeles și larg acceptat faptul că unele studente își vor cunoaște viitorul soț la colegiu, iar după căsătorie vor considera că e mai potrivit să renunțe la școală decât să-și obțină licența. Dar decanii de la colegii se arată uneori îngrijorați când o studentă își schimbă specializarea în fiecare an pentru a epuiza sfera potențialilor parteneri la care cursurile îi oferă acces. Tot astfel, managerii unui birou comercial se pot arăta de acord, fără echivoc, ca funcționarii și secretarele să se aleagă unii pe alții ca parteneri pentru relații personale – dacă nu irosesc astfel prea mult din timpul de muncă –, dar tot atât de neechivoc își manifestă dezaprobarea față de proaspeții angajați de probă care rămân doar atât timp cât să sondeze posibilitățile de a lega relații, iar apoi pleacă la un alt birou, cu noi oportunități. Dar conducerea ar putea dovedi mult mai multă ambiguitate cu privire la punctul dintre cele două extreme unde trebuie trasă linia de demarcație între utilizarea accidentală, legitimă a instituției drept loc de întâlnire și transformarea nelegitimă a instituției într-un teren de vânătoare pentru relații intime.

O altă problemă asociată cu diferențierea între adaptările primare și cele secundare constă în faptul că aceste două moduri de adaptare nu acoperă toate posibilitățile ; pentru a întregi imaginea, trebuie să introducem o altă posibilitate. Uneori se poate ca, indiferent în ce direcție îi împinge conducerea pe participanți, aceștia să manifeste mai multă angajare și mai mult atașament față de entitate decât li s-a cerut sau, uneori, decât își dorește conducerea. Un enoriaș poate încerca să trăiască prea mult în biserică și pentru ea ; o gospodină își poate ține locuința prea curată ; un ofițer de rang inferior poate insista să se scufunde o dată cu nava. Nu cred că aceasta constituie o problemă socială de proporții, excepție făcând, poate, acei instituționalizați din închisori, spitale de psihiatrie, lagăre, colegii și case de orfani care refuză să plece, deși li se permite ; însă, din perspectivă analitică, trebuie să vedem că, așa cum vor exista întotdeauna persoane considerate a nu îmbrățișa suficient entitatea socială de care aparțin, tot astfel, vom găsi întotdeauna măcar câțiva care pot stânjeni organizația îmbrățișând-o cu prea multă dăruire.

În sfârșit, după cum vom vedea ulterior, doctrina oficială în conformitate cu care este condusă o instituție poate fi atât de puțin respectată în practică, iar perspectiva semioficială care o înlocuiește poate fi atât de ferm și de deplin încetățenită, încât trebuie să analizăm adaptările secundare în funcție de acest sistem autorizat, dar numai parțial oficial.

II

Ar trebui să fie evident faptul că adaptările primare și secundare sunt chestiuni ce țin de definirea socială și că adaptarea sau stimulentul care este legitim într-o anumită perioadă și într-o societate dată poate să nu fie legitim într-o altă perioadă istorică sau în altă societate. Un deținut american care reușește să petreacă o noapte cu soția sa, în închisoare sau în afara ei, obține o culme a adaptării secundare[1] ; un deținut dintr-o închisoare mexicană pare a considera că o astfel de rânduială se include în standardele minime de bine personal, constituind o adaptare primară în situația dată. În lagărele americane de prizonieri, accesul la prostituate nu este considerat o nevoie ce trebuie împlinită ; pe de altă parte, în unele lagăre germane de concentrare exista această concepție mai largă despre nevoile esențiale și caracteristice ale bărbaților[2]. În secolul al XIX-lea, marina militară le recunoștea oamenilor săi nevoia de a consuma alcool și le servea zilnic grog ; astăzi, aceasta ar constitui o adaptare secundară. Pe de altă parte, Melville ne spune că, în marina militară a acelor vremuri, jocurile recreative (cum ar fi șahul) în timpul liber erau privite ca un privilegiu special[3] ; în prezent, la bordul navelor militare, jocurile în timpul liber sunt considerate un drept firesc și evident. În industria britanică de astăzi, ziua de lucru de opt ore, cu o oră de pauză pentru prânz și o pauză de zece minute dimineața, pentru cafea ori ceai, atestă concepțiile actuale cu privire la persoana care muncește. În anii ’30 ai secolului al XIX-lea, unele țesătorii britanice funcționau conform presupunerii că, prin firea lor, muncitorii nu au nevoie de aer curat și nici să bea apă, astfel că primeau amenzi

1. Vezi James Peck, în Cantine și Rainer, *op. cit.*, p. 47.
2. Eugen Kogon, *The Theory and Practice of Hell* (Berkley Publishing Corp., New York, f.d.), pp. 123-124.
3. Herman Melville, *White Jacket* (Grove Press, New York, f.d.), p. 346. [versiunea în limba română : Herman Melville, *Cojocelul Alb*, 2 vol., Editura Minerva, București, 1976, trad. Petre Solomon ; vol. II, p. 99 – n.t.]

dacă erau surprinși în acțiuni furișe menite să le aducă astfel de plăceri în timpul programului[1]. Se pare că, la acea vreme, unii manageri britanici se gândeau la muncitorii lor doar din perspectiva rezistenței la efort : să trudească un timp cât mai îndelungat și cât mai mult cu putință, dar nu într-atât încât să nu se mai poată ridica din pat a doua zi dimineață pentru a-și relua munca.

Pedeapsa fizică ne oferă un bun exemplu de obicei care indică limpede convingerile cu privire la eul persoanei pedepsite, obicei supus unor concepții foarte schimbătoare. În secolul al VI-lea, Sfântul Benedict, meditând la măsurile ce ar trebui luate în privința celor care comit greșeli de recitare în capelă, a hotărât că băieții trebuie să primească pedepse corporale[2]. Această concepție despre cum pot fi determinați băieții neascultători să devină ascultători și-a păstrat o constanță remarcabilă în societatea occidentală. Abia în ultimele câteva decenii, școlile americane au ajuns să-i definească pe băieți drept subiecți care nu trebuie atinși, în scopuri corecționale, de alte persoane în afara părinților. În ultima jumătate de secol, și marina militară americană a ajuns să considere că marinarii, ca „ființe omenești” cu o anumită demnitate minimală, nu trebuie supuși pedepsei prin biciuire. Actualmente este reexaminată în mod serios pedeapsa încarcerării izolate, aplicată în închisori, răspândindu-se tot mai mult convingerea că izolarea este contrară firii noastre și, ca atare, nu trebuie impusă.

Practicile religioase oferă reflecției o altă clauză participativă interesantă. În societatea noastră nu există nici o instituție care să nu respecte ziua de duminică, implicația fiind aceea că firea omului cere timp pentru rugăciune, indiferent de faptele lui ; se consideră că avem calitatea inalienabilă de ființe religioase. În comerț și în industrie, această premisă stă la baza duminicii libere și a câtorva vacanțe religioase anuale. Însă în anumite țări latino-americane, organizațiile de muncă trebuie să confere mult mai multă greutate la ceea ce se consideră a fi firea religioasă a omului. Cei care angajează indieni din Ecuador, spre exemplu, ar putea fi nevoiți să le acorde concediu o treime din an, pentru sărbătorirea cu mult alcool a diferitelor fieste și evenimente din viața personală, cărora li se atribuie un caracter sacru[3].

Chiar și în aceeași categorie de așezăminte din aceeași societate și din aceeași perioadă de timp pot exista diferențe apreciabile în

---

1. Bendix, *op. cit.*, p. 39.
2. *The Holy Rule of Saint Benedict*, cap. 45.
3. Vezi utila prezentare făcută de Beate R. Salz în *The Human Element in Industrialization*, Memoriul nr. 6, *American Anthropologist*, LVII (1955), nr. 6, partea a 2-a, pp. 97-100.

privința liniei ce trebuie trasată între adaptările primare și cele secundare. Termenul „avantaje marginale” pare să se refere la mijloacele și scopurile pe care persoanele dintr-o clădire le iau drept firești, considerând că li se datorează în mod legitim, în timp ce persoanelor din clădirea de pe cealaltă parte a străzii le sunt interzise în continuare, în mod oficial. De asemenea, în același așezământ se produc schimbări însemnate de-a lungul timpului. Spre exemplu, în Germania nazistă, organizația polițienească internă a deținuților dintr-un lagăr de concentrare, inițial interzisă oficial, a devenit în cele din urmă acceptată oficial[1], într-un mod întru câtva asemănător celui în care organizatorii sindicali secreți din fabricile din Statele Unite au ajuns să fie recunoscuți oficial ca reprezentanți sindicali. În orice caz, ar trebui să fie evident faptul că, în anumite instituții date, ceea ce reprezintă o adaptare primară pentru o categorie de participanți poate reprezenta o adaptare secundară pentru altă categorie – cazul angajaților din bucătăriile militare, care reușesc aproape tot timpul să mănânce mai bine decât li s-ar cuveni după rang, al servitoarei care se înfruptă în secret din băuturile stăpânilor sau al dădacei care-și folosește locul de muncă drept loc pentru petrecere.

Pe lângă observarea acestor variații, trebuie să apreciem că organizațiile au tendința să reacționeze la adaptările secundare nu numai mărind disciplina, ci și legitimând selectiv astfel de practici, în speranța de a-și recâștiga astfel controlul și suveranitatea, chiar dacă aceasta presupune renunțarea la unele dintre obligațiile participanților. Așezămintele domestice nu sunt singurele în care există, prin intermediul căsătoriei, o reglementare a viețuirii anterioare în păcat. Când aflăm ceva despre rolul adaptărilor secundare, vom învăța, de asemenea, ceva și despre consecințele mixte ale încercărilor de a le legitima.

III

Deși până aici am prezentat adaptările secundare doar în raport cu organizația formală al cărei membru este individul, ar trebui să fie evident că aceste adaptări pot apărea și chiar apar în raport cu legăturile individului cu alte tipuri de entități sociale. În această lumină, putem raporta consumul de alcool la standardele publice ale unui oraș „prohibiționist”[2], mișcările ilegale – la stat, relațiile sexuale –

1. Kogon, *op. cit.*, p. 62.
2. Vezi, spre exemplu, C.K. Warriner, „The Nature and Functions of Official Morality”, *American Journal of Sociology*, LXIV (1958), pp. 165-168.

la viața conjugală, iar diferitele specule și afaceri „la negru” – la lumea legitimă a afacerilor și a stipulațiilor privind proprietatea[1]. În mod asemănător organizațiilor împrejmuite, și alte entități sociale încearcă să-și păstreze controlul asupra participanților, transformând adaptările secundare în adaptări principale, prin legitimarea lor. Putem da drept exemplu cazul unei administrații municipale:

> Acum, în plină vară, poliția municipală [a orașului New York], cu ajutorul personalului operativ al Departamentului de Pompieri și al Departamentului pentru Furnizarea Apei, Gazelor și Electricității, au parte în mod curent de nenumărate confruntări cu copiii care deschid hidranții de incendiu ca să-și obțină fântâni arteziene pentru scăldat. Este un obicei care s-a extins de-a lungul anilor, iar măsurile punitive, ca și cele preventive, s-au dovedit lipsite de eficiență în cea mai mare parte a cazurilor. Drept urmare, departamentul de poliție, cel de pompieri și cel pentru distribuția apei încearcă să popularizeze un compromis binevoitor prin care speră să-i împace pe copiii din oraș fără a pune în pericol rezerva de apă. În conformitate cu acest plan, „orice grup sau individ onorabil” (poliția îi investighează meticulos pe toți solicitanții) poate depune cerere pentru un capac de hidrant special, tip țâșnitoare, care seamănă cu cel standard, numai că este portocaliu și are circa cincizeci de perforații ce permit apei din hidrant să țâșnească la fel ca dintr-un duș, într-o manieră ordonată, limitată dar, se speră, mulțumitoare[2].

Însă indiferent de entitatea socială în funcție de care vrem să considerăm adaptările secundare, va trebui, foarte probabil, să ne raportăm la unități mai largi, pentru că trebuie să avem în vedere atât locul propriu-zis unde survine adaptarea secundară, cât și „regiunea de proveniență” a participanților. În cazul copiilor care șterpelesc fursecuri din borcanul pe care îl ține mama în bucătărie și se duc să le mănânce în pivniță, aceste distincții nu sunt nici evidente, nici importante, fiindcă respectiva gospodărie este, în același timp, organizația implicată, regiunea de proveniență a practicanților și, aproximativ, locul în care se desfășoară practica. Dar în alte cazuri, organizația în sine nu este singura unitate relevantă. Astfel, copiii dintr-un întreg cartier se pot aduna într-o casă abandonată spre a se angaja în activități interzise în locuințele din cartier, iar locul de scăldat de la marginea unor localități mici poate constitui un loc

1. O bine cunoscută expunere a acestei teme în contextul regimurilor politice este cea a lui David Riesman, „Some Observations on the Limits of Totalitarian Power”, *The Antioch Review*, 1952, vara, pp. 155-168.
2. *The New Yorker*, 27 august 1960, p. 20.

potrivit pentru a face lucruri interzise, care-i atrage pe tinerii din tot orașul. Apoi, există o zonă a orașului, numită uneori „zona roșie”, care-i atrage pe unii bărbați însurați de prin toate celelalte zone ale orașului ; există și unele orașe, ca Las Vegas și Atlantic City, care devin, la rândul lor, zone roșii pentru întreaga țară.

Interesul față de locul concret în care se exercită adaptările secundare și față de regiunea de proveniență a practicanților adaptării în cauză comută atenția de la individ și actele acestuia la chestiuni colective. În contextul unei organizații formale considerate ca așezământ social, comutarea se va face de la adaptarea secundară a unui individ la setul complet de asemenea adaptări pe care le practică toți membrii organizației, în mod individual, dar și colectiv. Împreună, aceste practici alcătuiesc ceea ce se poate numi *viața clandestină* a unei instituții, care reprezintă pentru o entitate socială ceea ce lumea interlopă reprezintă pentru un oraș.

Revenind la entitatea socială, o caracteristică importantă a adaptărilor primare constă în contribuția lor la stabilitatea instituțională : participantul care se adaptează la organizație va continua probabil participarea atât timp cât dorește organizația, iar dacă pleacă înainte ca organizația să vrea acest lucru, este probabil să plece într-un mod care să ușureze tranziția pentru cel care-l va înlocui. Acest aspect al adaptărilor primare ne determină să diferențiem două tipuri de adaptări secundare : în primul rând, cele *perturbatoare*, în cazul cărora intențiile pragmatice ale participanților sunt de a abandona organizația sau de a-i modifica în mod radical structura, în ambele cazuri provocând o întrerupere în funcționarea fără probleme a organizației ; în al doilea rând, cele *controlate*, care au în comun cu adaptările primare caracteristica de a se potrivi în structurile instituționale existente fără să inducă presiuni pentru schimbări radicale[1] și care, de fapt, pot avea funcția evidentă de a deturna de la cursul lor acele acțiuni care, altfel, s-ar putea dovedi perturbatoare. Așadar părțile stabile și înrădăcinate ale vieții clandestine a unei instituții tind să fie alcătuite în principal din adaptări controlate și nu perturbatoare.

---

1. Această trăsătură definitorie a adaptărilor secundare controlate a fost remarcată de Richard Cloward. Vezi Prelegerea a patra din *New Perspectives for Research on Juvenile Delinquency*, ed. Helen L. Witmer și Ruth Kotinsky, U.S. Department of Health, Education and Welfare, Children's Bureau Publication No. 356 (1956), în special p. 89. Vezi și lucrarea aceluiași autor, „Social Control in the Prison”, în Social Science Research Council Pamphlet No. 15, *Theoretical Studies in Social Organization of the Prison* (1960), pp. 20-48, mai ales pp. 43 și urm., unde Cloward examinează caracterul „conservator” al adaptării prizonierilor de elită.

Adaptările secundare perturbatoare au fost studiate în procesele dramatice de sindicalizare și de infiltrare la nivelul guvernelor. Pentru că adaptările secundare perturbatoare au, prin definiție, caracter temporar, cum este în cazul planurilor de rebeliune, termenul „adaptare” ar putea să nu fie prea potrivit.

Mă voi limita la adaptările secundare controlate și adeseori mă voi referi la ele pur și simplu prin termenul „practici”. Deși forma luată de aceste practici va semăna, de multe ori, cu cea a adaptărilor secundare perturbatoare, scopurile sunt de obicei diferite și există o mare probabilitate să implice doar una sau două persoane – o chestiune de avantaje personale și nu conspirative. Adaptările secundare controlate primesc diferite denumiri populare, în funcție de entitatea socială în raport cu care sunt practicate. Principalele resurse informaționale privind aceste practici provin din studierea relațiilor interumane din industrie și de la specialiștii care au studiat societatea prizonierilor, termenii folosiți de acești specialiști folosind pentru adaptările secundare controlate termeni ca „adaptări informale” sau „obiceiurile deținuților”[1].

Utilizarea de către individ a adaptărilor secundare este, în mod inevitabil, o chestiune socio-psihologică, întrucât îi conferă gratificații pe care altfel nu le-ar obține. Dar poate că nu ceea ce „scoate” individul printr-o practică reprezintă cea mai mare preocupare a sociologului. Din punct de vedere sociologic, prima întrebare care trebuie pusă cu privire la o adaptare secundară nu este ce anume îi aduce ea practicantului, ci care este caracterul relației sociale pe care o presupune obținerea și menținerea practicii. Este un punct de vedere structural, deosebit de cel utilitar sau socio-psihologic. Dat fiind individul și una dintre adaptările secundare, putem porni de la ideea abstractă a categoriei de indivizi implicați în aceeași practică, iar de aici putem purcede sistematic la considerarea caracteristicilor acestei categorii : mărimea ei, natura legăturii care-i ține pe membri în acea categorie și tipul de sancțiuni care asigură apărarea sistemului. Mai departe, dată fiind categoria asociată cu adaptarea secundară a unui individ oarecare, putem cerceta proporția de indivizi similari din instituție, iar dintre aceștia, proporția celor implicați în categorii asemănătoare, putând obține astfel măsura unui fel de „saturație” ce poate să apară în raport cu o practică dată.

---

1. Clemmer, *op. cit.*, pp. 159-160 ; Norman S. Hayner și Ellis Ash, „The Prisoner Community as a Social Group”, *American Sociological Review*, IV (1939), pp. 362-369.

IV

Putem începe cercetarea adaptărilor secundare – a practicilor care alcătuiesc viața clandestină a așezămintelor sociale – observând că ele apar cu frecvențe și sub forme diferite, în funcție de poziția practicantului în ierarhia organizației. Persoanele de la nivelul inferior al organizațiilor mari funcționează de obicei într-un fundal mohorât, în raport cu care membrii aflați pe poziții mai bune își conștientizează stimulentele interne, savurând satisfacția de a primi avantaje vizibile, pe care alții nu le obțin. Membrii de la nivelul inferior tind să aibă mai puțin angajament și mai puțin atașament afectiv față de organizație, comparativ cu membrii cu poziții superioare. Ei au servicii, nu cariere. Drept urmare, par mai predispuși la utilizarea pe scară largă a adaptărilor secundare. Deși oamenii aflați la nivelul de vârf al organizației sunt motivați, cu mare probabilitate, de valorile comune, îndatoririle lor speciale ca reprezentanți ai organizației vor include, foarte probabil, călătorii, distracții și ceremonii – acea clasă specială de adaptări secundare adusă în atenția publicului prin descrieri ale activităților oglindite în „contul de cheltuieli". Poate că adaptările secundare se găsesc cel mai rar la nivelurile de mijloc ale organizației. Aici, poate, oamenii se apropie cel mai mult de modelele dezirabile ale organizației și de la aceste niveluri se extrag modelele de bună purtare, pentru îndrumarea și inspirarea celor aflați la niveluri inferioare[1].

În același timp, desigur, caracterul adaptărilor primare va diferi în funcție de rang. Din partea muncitorilor de la baza organizației nu se va aștepta să se implice cu trup și suflet în organizație și nici „să o ia cu ei acasă", dar personalul superior este foarte probabil să aibă aceste obligații definitorii. Spre exemplu, îngrijitorul dintr-un spital de psihiatrie de stat care pleacă de la serviciu imediat ce i s-a terminat tura acționează într-un mod legitim pentru el, exprimând caracterul pe care i-l atribuie organizația ; însă dacă un șef de secție dă această impresie, de implicare doar în limitele stricte ale orelor de program, conducerea l-ar putea considera inutil, o persoană care nu se ridică la nivelul standardelor de devotament așteptate din partea unui medic adevărat. Tot astfel, îngrijitorul care citește o revistă în timpul programului poate fi considerat îndreptățit să facă acest lucru atât timp cât nu-l solicită nici o îndatorire imediată ; însă o asistentă care se poartă astfel este foarte probabil să ofenseze prin purtarea ei „lipsită de profesionalism".

1. Idee sugerată de Paul Wallin.

Mulțimea adaptărilor secundare diferă, de asemenea, în întindere, în funcție de tipul de entitate socială.

După câte s-ar putea presupune, cu cât perioada de timp continuă petrecută în instituție de o anumită categorie de participanți este mai scurtă, cu atât conducerea va reuși mai ușor să mențină un program de activitate și o motivație pe care acești participanți s-o accepte. Astfel, în acele așezăminte al căror obiect de activitate este vânzarea unor articole de mică importanță, standardizate, cum ar fi țigările, clienții vor parcurge de obicei ciclul cumpărării fără să devieze prea mult de la rolul stabilit pentru ei, decât, poate, cerând sau refuzând un moment de sociabilitate. Așezămintele care îl obligă pe participant să trăiască în perimetrul lor vor avea, probabil, o viață clandestină bogată, căci cu cât organizația programează un interval mai mare de timp, cu atât scade probabilitatea de a-l programa cu succes.

La fel, în organizațiile cu recrutare forțată ne putem aștepta ca, măcar la început, nou-sositul să nu se afle în armonie cu definițiile de sine puse la dispoziție oficial pentru persoane de felul lui și, ca urmare, să se orienteze spre activități nerecunoscute oficial.

În sfârșit, după cum am arătat anterior, este foarte probabil ca așezămintele care nu oferă stimulente externe apreciabile, întrucât nu s-au împăcat cu ceea ce se consideră a fi tendința inerentă a omului către păcat, să constate dezvoltarea neoficială a anumitor stimulente externe.

Toate condițiile de natură să promoveze viața clandestină activă se regăsesc la nivelul unei instituții care primește în prezent multă atenție : spitalul de psihiatrie. În cele ce urmează, vreau să prezint unele dintre elementele principale ce apar în adaptările secundare pe care le-am înregistrat pe parcursul unui studiu cu durată de un an, efectuat prin observație participativă asupra vieții pacienților dintr-un spital de psihiatrie public cu peste 7.000 de pacienți, pe care-l voi numi, de aici înainte, „Spitalul Central”[1].

Instituțiile ca spitalele de psihiatrie sunt de tipul „total”, în sensul că instituționalizatul își trăiește viața cu toate aspectele ei în interiorul instituției, în proximitatea altor indivizi la fel de izolați ca și el față de lumea din afară. Aceste instituții tind să conțină două mari categorii de participanți, cu poziții foarte diferite : personalul angajat și instituționalizații ; este util să considerăm în mod separat adaptările secundare ale celor două categorii.

Se pot spune unele lucruri despre adaptările secundare ale personalului din Spitalul Central. Spre exemplu, angajații îi foloseau

1. Mulțumirile sunt prezentate în Prefață.

uneori pe pacienți drept dădace[1], grădinari și, în general, drept oameni buni la toate[2]. Pacienții cu drept de a ieși în oraș erau trimiși deseori să facă diferite comisioane pentru medici și pentru asistenți. Îngrijitorii se așteptau să poată consuma alimente din spital, cu toate că acest lucru era interzis, iar despre pacienții care lucrau la bucătărie se știa că „fac rost" de mâncare. Atelierul auto al spitalului era folosit uneori ca loc de reparații și sursă de piese de schimb pentru automobilele angajaților[3]. Mulți dintre îngrijitorii din schimbul de noapte aveau și un serviciu de zi și se așteptau, în mod realist, să doarmă în timpul turei, astfel că uneori le cereau altor îngrijitori sau chiar unor pacienți prietenoși să le dea semnale de avertizare, pentru a putea dormi fără grijă[4]. Se poate să fi înflorit unele activități ilegale, cum ar fi, de pildă (după declarațiile unui pacient), deturnarea fondurilor destinate pacienților muți pentru cumpărături de la bufetul

---

1. Se pare că, fără excepție, în instituții totale pe teritoriul cărora locuiesc și familiile angajaților vom găsi dădace alese dintre persoanele instituționalizate. Vezi, de pildă, excelenta lucrare a lui T.E. Lawrence cu privire la viața din cazărmile armatei britanice, în special cele ale aviației militare, în anii '20 ai secolului XX: *The Mint* (Jonathan Cape, Londra, 1955), p. 40.
2. Vezi materialul interesant din Kogon (*op. cit.*, pp. 84-86) cu privire la folosirea de către oamenii din SS, în scopuri personale, a muncii deținuților din tipografii, din atelierele de croitorie, atelierele foto, de armament, de olărit, de pictură etc., mai cu seamă în perioada Crăciunului. Dalton (*op. cit.*, p. 199), analizând recompensele neoficiale dintr-o fabrică americană, citează un caz de *specializare* în această funcție:
„Ted Berger, încadrat oficial pe postul de maistru în atelierul de tâmplărie al lui Milo, era *sub rosa* custode și apărător al sistemului recompenselor suplimentare. Loial mai presus de orice îndoială, avea o mare libertate față de îndatoririle oficiale și, cel puțin la nivelul șefilor de departamente, se aștepta din partea lui să îndeplinească rolul de birou de decont pentru întregul sistem. Primea și recompense sociale, și materiale, dar felul cum manevra el sistemul producea, fără voie, un fel de lipici social care unea oamenii de la diferite niveluri și din diferite secții. Berger nu era obligat să lucreze la o mașină și petrecea minimum șase ore pe zi meșterind diferite lucruri: pătuțuri pentru copii, jaluzele exterioare, uși de garaj, cărucioare pentru păpuși, căluți de lemn, mese, planșete de tocat și sucitoare. Aceste obiecte erau confecționate la comandă, pentru diverse persoane din conducere".
3. Pentru un exemplu din industrie, vezi Dalton, *op. cit.*, p. 202.
4. Relaxarea disciplinei din timpul turelor de noapte este, desigur, un fenomen standard în toate organizațiile americane de muncă. Vezi, spre exemplu, S.M. Lipset, M.A. Trow și J.S. Coleman, *Union Democracy* (The Free Press, Glencoe, Ill., 1956), p. 139.

cu autoservire și folosirea lor pentru cumpărarea de articole pe care îngrijitorii le puteau distribui sau consuma personal.

Cred că acestor adaptări secundare ale angajaților de la Spitalul Central n-ar trebui să li se acorde prea multă importanță. O viață clandestină mult mai complexă a personalului poate fi găsită în multe alte spitale de psihiatrie[1], precum și în așezăminte cum ar fi unitățile militare. În plus, aceste practici din Spitalul Central ar trebui evaluate în paralel cu numărul mare de situații când membrii personalului acordă timp și atenție, în afara serviciului, activităților recreative ale pacienților, demonstrând astfel mai mult devotament pentru slujba lor decât le cere conducerea. În consecință, nu voi lua în discuție numeroasele adaptări secundare standard practicate de angajații din organizațiile de muncă, între care se numără limitarea productivității[2], activitățile inventate pentru ca angajatul să nu stea degeaba, „munca pentru guvern”[3], controlul în scop conspirativ al rapoartelor de productivitate[4]. Mă voi mulțumi să arăt că atenția meticuloasă și sensibilitatea cu care specialiști ca Donald Roy și Melville Dalton au studiat aceste tehnici de adaptare pot servi drept model celor care studiază alte așezăminte.

Prezentând adaptările secundare ale pacienților din Spitalul Central, voi cita, unde va fi posibil, practici similare remarcate în alte tipuri de instituții și voi utiliza o analiză tematică a adaptărilor secundare care sunt de părere că se aplică tuturor așezămintelor. Ca urmare, voi folosi o combinație informală între două abordări, cea a studiului

---

1. De pildă, folosirea electroșocurilor în scopuri disciplinare. În lucrarea *Why Minds Go Wrong* (publicată de autor, Chicago, 1951), p. 100, John Maurice Grimes citează bine cunoscutul „ciorap cu săpun” folosit de îngrijitori ca instrument eficient: nu lasă urme, poate fi ascuns cu ușurință și nu ucide niciodată.
2. O lucrare de referință pe această temă este cea a lui Donald Roy, „Quota Restriction and Goldbricking in a Machine Shop”, *American Journal of Sociology*, LVII (1952), pp. 427-442. Vezi și O. Collins, M. Dalton și D. Roy, „Restriction of Output and Social Cleavage in Industry”, *Applied Anthropology* [actualmente *Human Organization*], V (1946), pp. 1-14.
3. După cum arată Edward Gross într-o notă de subsol, în lucrarea *Work and Society* (Crowell, New York, 1958), p. 521:
   „Este numită uneori și «muncă la domiciliu», termenul referindu-se la desfășurarea de activități personale [în timpul serviciului], cum ar fi repararea piciorului de la masa din sufragerie, a uneltelor de acasă, confecționarea de jucării pentru copiii proprii și așa mai departe”.
4. Spre exemplu, Donald Roy, „Efficiency and «The Fix»: Informal Intergroup Relations in a Piecework Machine Shop”, *American Journal of Sociology*, LX (1954), pp. 255-266.

de caz și cea comparativă, punând uneori mai mult accent asupra comparațiilor decât asupra spitalului de psihiatrie studiat.

Din punctul de vedere al doctrinei psihiatrice, se pare că pentru pacienți nu sunt posibile adaptări secundare: tot ce un pacient este determinat să facă poate fi descris ca parte integrantă din tratamentul lui sau din măsurile de custodie; tot ce face pacientul din proprie inițiativă poate fi definit ca simptomatic pentru boala sa ori pentru convalescența pe care o traversează. Despre un infractor care-și recunoaște delictul pentru a scăpa cu o pedeapsă mai ușoară și alege să-și execute sentința într-un spital de psihiatrie, în loc de închisoare, se poate considera că, în definitiv, în adâncul sufletului, dorește să fie tratat. Tot astfel, militarul care se preface bolnav și manifestă simptome de tulburare psihică poate fi considerat cu adevărat suferind, chiar dacă nu de afecțiunea pe care o mimează. La fel, despre pacientul care se instalează confortabil în spital și pare a se simți în largul lui se poate considera nu că abuzează de instituția medicală, ci că este cu adevărat bolnav, din moment ce alege această adaptare.

În principal, spitalele de psihiatrie de stat nu funcționează pe baza doctrinei psihiatrice, ci din perspectiva unui „sistem al secțiilor". Prin intermediul pedepselor și al recompenselor, se alocă unele condiții de viață marcate de limitări drastice, exprimate mai mult sau mai puțin în limbajul instituțiilor penale. Acest context acțional și verbal este cel pe care îl folosesc aproape în întregime îngrijitorii și, într-o măsură considerabilă, personalul superior, mai ales în privința problemelor cotidiene ale administrării spitalului. Cadrul de referință disciplinar prezintă un set relativ complet de mijloace și scopuri la care pacientul poate accede în mod legitim; pe fundalul acestui sistem autoritar, dar nu întru totul oficial, un mare număr de activități ale pacienților devin *efectiv* ilicite sau nepermise. Viața autorizată efectiv a anumitor pacienți din unele secții este atât de goală, încât aproape orice demers al lor le va aduce, probabil, o satisfacție suplimentară neplanificată.

Partea a doua: Viața clandestină a spitalelor

Sursele

În continuare, aș vrea să aduc în discuție sursa materialelor folosite de pacienți pentru adaptările lor secundare.

I

Primul lucru care trebuie remarcat este prevalența *improvizațiilor*. În fiecare așezământ social, participanții folosesc obiectele disponibile într-un mod și pentru un scop care n-au fost prevăzute în mod oficial, modificând astfel condițiile de viață programate pentru ei. Poate fi implicată prelucrarea fizică a obiectului sau doar un context de utilizare nelegitim, în ambele cazuri ilustrându-se în mod familiar tema Robinson Crusoe. Exemple evidente ne parvin din închisori, unde, spre exemplu, dintr-o lingură bătută cu ciocanul se poate obține un cuțit, de pe paginile revistei *Life* se poate obține cerneală pentru desen[1], caietele de exerciții pot fi folosite pentru a scrie formulare de pariuri[2], iar țigările se pot aprinde în mai multe feluri – cu scânteie obținută de la o bornă de ieșire a instalației electrice[3], cu iască improvizată[4] sau cu bețe de chibrit despicate în patru[5]. Deși acest proces de transformare se află la baza multor practici complexe, se poate vedea lesne că, în cazurile în care practicantul nu colaborează cu alții (decât în deprinderea și predarea tehnicii), el consumă singur ceea ce produce.

În Spitalul Central erau tolerate în mod tacit numeroase improvizații simple. Spre exemplu, pacienții foloseau pe scară largă radiatoare individuale pentru a-și usca îmbrăcămintea personală pe care o

1. Cantine și Rainer, *op. cit.*, p. 42.
2. Frank Norman, *Bang to Rights* (Secker and Warburg, Londra, 1958), p. 90.
3. *Ibidem*, p. 92.
4. George Dendrickson și Frederick Thomas, *The Truth About Dartmoor* (Gollancz, Londra, 1954), p. 172.
5. *Ibidem*, pp. 172-173.

spălaseră, singuri, în chiuveta din baie, efectuând astfel operațiunile de spălătorie care, oficial, intrau doar în grija spitalului. În secțiile cu bănci tari, pacienții duceau cu ei uneori ziare rulate, pe care să și le pună sub ceafă când se lungeau pe banchetele din lemn. Jachetele și prosoapele rulate erau întrebuințate în același mod. Pacienții cu experiență în alte instituții cu privare de libertate utilizau un obiect și mai eficient în acest context – pantoful[1]. La transferul dintr-o secție în alta, pacienții își duc uneori bunurile într-o față de pernă înnodată la capăt, obicei semioficial în unele închisori[2]. Puținii pacienți în vârstă suficient de norocoși încât să aibă o cameră de dormit proprie lăsau uneori un prosop sub lavoarul din cameră, transformând astfel lavoarul în măsuță de citit, iar prosopul, într-un preș care să le apere picioarele de contactul cu dușumeaua rece. Pacienții bătrâni care nu voiau sau nu se puteau deplasa foloseau uneori anumite strategii pentru a evita sarcina de a merge la toaletă : în salon se putea urina pe radiatorul cu aburi fierbinți fără a rămâne prea multe urme presistente ; în timpul vizitelor bisăptămânale la frizeria de la subsol, coșul rezervat pentru prosoapele folosite era utilizat drept pisoar când îngrijitorii se uitau în altă parte. Pacienții de toate vârstele purtau uneori cu ei pahare din carton pe care le întrebuințau drept scuipători și scrumiere portabile, căci îngrijitorii se arătau uneori mai preocupați de păstrarea curățeniei dușumelelor decât de suprimarea scuipatului ori a fumatului[3].

În instituțiile totale, improvizațiile tind să se concentreze în anumite domenii. Unul dintre ele este îngrijirea personală – elaborarea de procedee care să faciliteze prezentarea în fața celorlalți cu o înfățișare cât mai plăcută. Spre exemplu, se relatează cum călugărițele folosesc un șorț negru pe care-l pun în spatele sticlei ferestrei,

1. Iată, pentru comparație, echivalentul din marina militară (Melville, *op. cit.*, p. 189) : „[...] pălăriei aspre și grele, din pânză gudronată, pe care, conform regulamentului naval, trebuie s-o poarte fiecare dintre ei și care, când e nouă, e destul de tare ca să poți ședea pe ea ca pe-o laviță”. [versiunea în limba română : *op. cit.*, vol. I, p. 277 – n.t.]
2. Pentru un exemplu din Marea Britanie, vezi Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, p. 66.
3. În Spitalul Central, mulți pacienți rămâneau cu desăvârșire muți, alții erau incontinenți, alții aveau halucinații și prezentau alte simptome clasice. Însă, din câte am văzut, foarte puțini pacienți aveau curaj să scuture scrumul într-adins și cu consecvență pe linoleumul de pe jos, după cum tot foarte puțini refuzau să stea la coadă la cantină, să facă duș, să se ducă la culcare ori să se trezească la ora fixată. Dincolo de manifestările psihotice reale exista o rutină fundamentală a secției, la care pacienții se conformau aproape fără excepție.

pentru a-și crea astfel o oglindă – oglinda constituind o modalitate de autoexaminare, autocorecție și autoaprobare interzisă în mod obișnuit călugărițelor[1]. În Spitalul Central, hârtia igienică era uneori „organizată” : ruptă îngrijit, împăturită și purtată în buzunar, era folosită drept șervețele igienice de unii pacienți meticuloși. Tot astfel, în lunile fierbinți de vară, câțiva pacienți bărbați tăiau și transformau pantalonii kaki de spital în pantaloni scurți cu aspect elegant.

II

Improvizațiile simple pe care le-am descris sunt caracterizate de faptul că, pentru a le folosi, individul are nevoie de foarte puțină implicare în lumea oficială a așezământului și de foarte puțină adaptare la ea. În continuare, mă voi referi la o serie de practici care presupun ceva mai multă implicare activă în lumea legitimă a instituției. În aceste cazuri, spiritul activității legitime poate fi păstrat, dar este dus dincolo de punctul până în care se intenționase să se meargă ; avem o extindere și o complexitate sporită a surselor de satisfacții legitime existente sau valorificarea unei întregi succesiuni de activități oficiale în scopuri personale. Mă voi referi în continuare la *exploatarea* sistemului.

Poate că modul cel mai elementar de exploatare a sistemului în Spitalul Central îl demonstrau acei pacienți din secțiile cu bolnavi senili care intrau la infirmerie ori refuzau să se supună disciplinei din secție, aparent cu scopul de a-l obliga pe îngrijitor sau pe medic să-i bage în seamă și să-i angajeze în interacțiune socială, oricât de severă.

Însă cele mai multe tehnici de spital folosite pentru exploatarea sistemului nu păreau să aibă o prea strânsă legătură cu boala psihică. Un exemplu de asemenea tehnică îl constituie setul complex de practici folosite pentru obținerea hranei. Spre exemplu, într-o cantină mare unde luau masa în serii cei 900 de pacienți bărbați dintr-o clinică pentru boli cronice[2], unii își aduceau propriile condimente pentru

1. Kathryn Hulme, *The Nun’s Story* (Muller, Londra, 1956), p. 33. Norman, *op. cit.*, p. 87, arată că, profitând de relaxarea disciplinei în ziua de Crăciun, homosexualii din închisoarea britanică Camp Hill se fardau folosind praf de dinți alb și-și înroșeau buzele cu vopseaua obținută udând copertele cărților.
2. Din punctul de vedere al distribuirii bolnavilor în spațiul locativ, de obicei spitalele de psihiatrie americane sunt organizate pe secții și clinici. O secție este alcătuită din saloane (deseori încuiate), o cameră de zi, un birou al asistentelor de unde se poate supraveghea camera de zi, diferite birouri administrative și încăperi de uz gospodăresc, un șir de celule de

a-și face hrana mai pe gustul lor ; în acest scop, aduceau în buzunarul hainei sticluțe cu zahăr, sare, piper și ketchup. Când cafeaua se servea în pahare de carton, pacienții își protejau uneori mâinile introducând paharul într-un al doilea. În zilele când se serveau banane, unii șterpeleau câte un pahar cu lapte din recipientul pus la dispoziția celor care aveau nevoie obligatoriu de acest aliment în dietă ; tăiau bananele felii, adăugau zahăr și savurau un desert „ca lumea". În zilele când meniul le era pe plac și, în plus, putea fi luat la pachet – când se serveau cârnați sau ficat, de pildă –, unii pacienți își înveleau mâncarea în șervete de hârtie și apoi se duceau să mai ia o porție, pe prima ducând-o cu ei, în secție, ca s-o mănânce seara. Câțiva pacienți aduceau cu ei sticle goale în zilele când se servea lapte și le duceau pline în secție. Dacă pacientul dorea o porție mai mare dintr-un anume fel, putea folosi următorul procedeu : mânca doar felul respectiv, arunca restul conținutului tăvii în recipientul cu resturi și se întorcea (când acest lucru era permis) pentru a mai lua un meniu întreg. Câțiva pacienți cu libertate de mișcare în afara secției, desemnați să ia masa în această cantină, aveau obiceiul ca vara, la cină, să pună brânza între două felii de pâine, să împacheteze sandvișul astfel obținut și să mănânce în tihnă afară, cumpărându-și și o ceașcă de cafea. Pacienții cu dreptul de a ieși în oraș suplimentau această tratație cumpărându-și plăcintă și înghețată de la băcănia din apropiere. Într-o sală de mese mai mică dintr-o altă clinică a spitalului, pacienții care se temeau (pe bună dreptate !) că nu vor mai găsi supliment dacă întârzie prea mult luau uneori porția de carne din farfurie, o puneau între două felii de pâine, lăsau totul lângă farfurie și se întorceau imediat la coadă pentru a mai lua o porție. Acești pacienți prevăzători se întorceau uneori la masă și constatau că un alt pacient le-a șterpelit prima porție, păcălindu-i pe păcălitori cu eforturi minime.

Pentru a exploata eficient un sistem trebuie să-l cunoști îndeaproape[1] ; într-un spital este ușor de observat cum se profită de aceste

---

izolare și, uneori, o sală de mese. O clinică este alcătuită din mai multe astfel de secții, ocupând una sau mai multe clădiri, având administrație comună și o anumită omogenitate a pacienților, pe diferite criterii : vârstă, sex, rasă, gradul bolii etc. Omogenitatea permite clinicii să diferențieze secțiile în funcție de caracter și menire, alcătuind astfel o scară aproximativă a privilegiilor pe care oricare pacient din clinică poate urca sau coborî cu un minimum de eforturi birocratice. Spitalul, ca întreg, tinde să repete prin clinicile sale ceea ce fiecare clinică face, la scară mai mică, prin intermediul secțiilor.

1. Informațiile despre programul fix al gardianului apar în numeroase scrieri de ficțiune despre evadări. Disperarea și cunoașterea rutinei

cunoștințe. Spre exemplu, pacienții cu dreptul de a circula liber pe teritoriul spitalului știau foarte bine că, la sfârșitul spectacolelor de caritate prezentate în sala de spectacole a instituției, li se vor distribui la ușă dulciuri sau țigări. Unii pacienți, plictisiți de anumite spectacole, soseau cu câteva minute înainte de încheierea spectacolului pentru a ieși împreună cu ceilalți ; alții reușeau să se întoarcă de mai multe ori la coada formată la ieșire și să obțină din această situație un profit considerabil. Personalul, desigur, cunoștea aceste practici, iar la petrecerile dansante pentru pacienții din întregul spital se încuia ușa pentru a nu li se mai permite întârziaților să intre, presupunându-se că și-au planificat apariția astfel încât să poată veni să mănânce și apoi s-o șteargă. Se mai relatează că femeile din Societatea Evreiască de Binefacere serveau o gustare după serviciul religios săptămânal de dimineața, iar un pacient a afirmat : „Dacă vii la momentul potrivit, poți să capeți gustarea și să scapi de slujba religioasă”. Un alt pacient, cunoscând faptul că spitalul are o echipă de croitorese care se îngrijesc ca îmbrăcămintea pacienților să fie bine întreținută, își ducea acolo propriile haine și se alegea cu cămăși și pantaloni modificați în așa fel încât să i se potrivească perfect ; recunoștința și-o arăta cu un pachet-două de țigări sau cu o mică sumă de bani.

În alte modalități de exploatare a spitalului era importantă sincronizarea. Spre exemplu, o dată pe săptămână, un camion livra reviste și romane vechi, donate prin Crucea Roșie, pe care le ducea în clădirea de recreere a spitalului, materialele de lectură fiind apoi distribuite, din biblioteca acestei clădiri, pe pacienți și pe secții. O mână de cititori pasionați cunoșteau exact programul camionului și-i așteptau sosirea, pentru a putea fi primii care să aleagă. Cei câțiva pacienți care cunoșteau programul transporturilor clandestine de mâncare de la una dintre bucătăriile centrale până la o clinică de bolnavi cronici se opreau uneori lângă șinele pe care circulau minicisternele, în locurile unde acestea ieșeau la suprafață, sperând să șterpelească o porție de mâncare. Un alt exemplu vizează obținerea de informații. Mesele servite în una dintre cantinele mari pentru pacienți erau mai întâi duse unui grup de bărbați în vârstă care nu puteau părăsi salonul.

---

apar conectate, de asemenea, în unele experiențe reale, după cum arată Kogon (*op. cit.*, p. 180), prezentând reacția prizonierilor de la Buchenwald la reducerea și oprirea rațiilor : „[...] Când un deținut murea în baracă, faptul era ascuns ; unul sau doi bărbați târau ori cărau mortul până la punctul de distribuire a pâinii, unde rația mortului era dată celor care «îl ajutau». Apoi cadavrul era pur și simplu azvârlit oriunde în zona platoului de apel”.

Pacienții capabili să se miște și care voiau să știe dacă să meargă la cantină ori să-și cumpere sandvișuri de la bufetul pacienților se uitau în mod regulat pe fereastra acelei secții, la momentul potrivit, ca să afle meniul zilei.

Un alt exemplu de exploatare a sistemului consta în căutatul prin gunoaie. Câțiva pacienți făceau turul containerelor de gunoi din apropierea secției lor, chiar înainte de golirea acestora. Cu un băț sau alt obiect asemănător, cercetau straturile de deasupra ale resturilor adunate în lăzile mari din lemn, căutând mâncare, reviste, ziare sau alte obiecte devenite semnificative pentru ei, întrucât se găseau cu greutate și, pentru a le obține, era nevoie să-l roage umil pe îngrijitor sau pe alt angajat, aceasta fiind calea legitimă de a dobândi respectivele obiecte[1]. Farfurioarele folosite de angajați drept scrumiere în holurile birourilor administrative ale unor secții erau cercetate periodic pentru a se recolta din ele țigările parțial fumate. Desigur că și comunitățile deschise au căutători prin gunoaie și se pare că orice sistem suficient de mare pentru a colecta și distruge obiectele folosite va oferi unora posibilitatea de a-l exploata cu eforturi minime[2].

Posibilitatea de a exploata sistemul era una în care câțiva pacienți excelau, fapt concretizat în acțiuni individuale ce nu mai pot fi numite adaptări secundare obișnuite. Într-o clinică în care existau două secții de reabilitare, una deschisă și una cu saloane încuiate, un pacient afirma că și-a aranjat transferul din cea încuiată în cealaltă fiindcă plușul mesei de biliard din secția deschisă se afla într-o stare mai bună; un alt pacient afirma că și-a obținut transferul în sens invers fiindcă secția încuiată era „mai sociabilă”, unii dintre pacienții de acolo fiind obligați să rămână în interiorul ei. Un pacient cu dreptul de a ieși în oraș primea în mod periodic învoiri de la locul de muncă din spital și era dus cu mașina în oraș, ca să-și caute serviciu; el afirmă că, după ce ajungea în oraș, își petrecea după-amiaza la cinematograf.

Aș vrea să adaug că, adeseori, pacienții cu experiență în alte situații marcate de privațiuni, cu experiență de deținuți într-un anumit

1. Comparație cu situațiile similare din lagărele de concentrare (Kogon, *op. cit.*, p. 111): „[...] erau sute care încercau de nenumărate ori să răscolească gălețile cu gunoi, în căutare de resturi comestibile, care căutau oase și le fierbeau”.
2. O parte semnificativă a ustensilelor și aparatelor întrebuințate de băieții din orașele mici pentru a-și construi propria lume provin din diferite locuri de depozitare a gunoaielor. Interpretarea psihanalitică a acestor activități de tip cloacă este interesantă, dar cred că uneori sugestiile pe care le avansează psihanaliza se află la mare distanță, din punct de vedere etnografic, de respectivii căutători prin gunoaie.

sens, demonstrau foarte repede că știu cum să exploateze sistemul. De pildă, în prima dimineață petrecută în spital, un pacient cu experiență anterioară la Lexington și-a făcut rost de o provizie de tutun și foițe pentru țigări, a obținut cremă de ghete și și-a lustruit două perechi de pantofi, a descoperit care pacient are o provizie consistentă de romane polițiste, și-a făcut o provizie de cafea, folosind cafea instant și apa fierbinte de la robinet, și și-a găsit un loc în ședințele de terapie de grup, unde a urmărit totul cu atenție și a așteptat liniștit câteva minute, după care a început să-și construiască un rol ce avea să se dovedească activ. Așadar este de înțeles afirmația unui îngrijitor: „Nu-ți trebuie mai mult de trei zile ca să-ți poți da seama dacă un individ are sau nu experiența străzii!”.

Modalitățile de exploatare a sistemului menționate până aici sunt unele care aduc avantaje doar celui care le aplică și, uneori, persoanelor apropiate acestuia. Practicile proiectate în ideea interesului colectiv se găsesc în numeroase instituții totale[1], dar în spitalele de psihiatrie, mijloacele colective de exploatare a sistemului nu par să fie prea frecvente. Adaptările secundare colective descoperite în Spitalul Central păreau a fi aplicate cu precădere de pacienții externați din „Temniță”, instituția de tip închisoare existentă în cadrul spitalului, care-i adăpostea pe indivizii declarați juridic criminali bolnavi psihic. Spre exemplu, o secție ai cărei pacienți erau foști deținuți își trimitea un membru la bucătăria de unde se distribuia hrana, chiar înainte de servirea mesei, ca să aducă mâncarea sub capac, caldă; altfel, după lungul traseu subteran pe care îl parcurgea, mâncarea s-ar fi răcit.

În cercetarea procesului de „exploatare a sistemului”, inevitabil, trebuie luate în discuție modalitățile în care era exploatată spitalizarea în sine. Spre exemplu, atât angajații, cât și pacienții afirmau uneori că unii pacienți se internează în spital ca să evite responsabilitățile familiale și de serviciu[2], să obțină gratuit tratamente

---

1. De exemplu, vezi Kogon, *op. cit.*, p. 137:
   „În fiecare lagăr de concentrare în care deținuții politici obțineau cât de puțină influență, ei transformau spitalul lagărului – teatru al ororilor înfăptuite de SS – într-o stație de salvare pentru nenumărați prizonieri. Pe lângă faptul că bolnavii erau vindecați când acest lucru era posibil, prizonierii sănătoși, pândiți de pericolul de a fi uciși sau trimiși într-un lagăr de exterminare, erau trecuți pe listele cu bolnavi pentru a fi scoși din ghearele SS. În cazuri speciale, când nu exista nici o altă soluție, celor primejduiți li se permitea să «moară» de formă, continuând să trăiască sub numele unor prizonieri decedați cu adevărat”.
2. În una dintre clinicile spitalului exista un număr considerabil de pacienți bărbați care s-au internat într-o perioadă când se găsea greu de lucru și care, fiind întru câtva izolați de evenimentele din afară, continuau

medicale ori stomatologice de proporții sau să evite acuzațiile penale[1]. Personal, nu mă pot pronunța asupra validității acestor afirmații. Au existat și cazuri de pacienți cu dreptul de a ieși în oraș care afirmau că folosesc spitalul ca loc unde să-și revină din beție, după episoadele de consum masiv de alcool de la sfârșitul săptămânii, această funcție părând a fi facilitată de pretinsa valoare a tranchilizantelor ca leac pentru mahmureala acută. Mai existau și alți pacienți, de asemenea cu dreptul de a ieși în oraș, care puteau accepta slujbe civile cu jumătate de normă plătite sub limita subzistenței, asigurându-și competitivitatea cu ajutorul locuinței și a hranei gratuite oferite de spital[2].

În plus, existau și căi mai puțin tradiționale prin care pacienții exploatau sistemul spitalului. Fiecare așezământ social își pune membrii în contact direct de tip preferențial sau, cel puțin, mărește probabilitatea unui asemenea contact oferind o bază pentru adaptările secundare, în spitalul de psihiatrie, ca și în alte instituții. Un grup de pacienți care exploatau posibilitățile sociale ale spitalului cuprindea foștii deținuți, eliberați din temniță. Aceștia erau bărbați relativ tineri și proveneau predominant din clasa muncitoare din mediul

---

să fie de părere că „tratamentul” pe care-l primesc în spital este bun. După ce și-a primit desertul gratuit, unul dintre ei s-a exprimat astfel: „Afară nu găsești plăcintă cu mere ca asta pentru douăzeci și cinci de cenți, nu, nu!”. Apatia și dorința de a găsi un adăpost sigur în fața dificultăților, caracteristică anilor de depresiune, ar putea fi studiată și în momentul de față, astfel conservată în chihlimbarul instituțional.

1. Pentru un bărbat din clasele inferioare care poartă deja stigmatul unei internări într-un spital de psihiatrie și care poate avea acces doar la genul de serviciu în care vechimea în muncă și experiența acumulată nu au prea multă importanță, venirea într-un spital psihiatric în care cunoaște mersul lucrurilor și are prieteni în rândul îngrijitorilor nu presupune prea mari privațiuni. S-a afirmat că unii dintre acești foști pacienți purtau la ei o adeverință care le atesta situația medicală; ori de câte ori îi ridica poliția, indiferent de acuzație, scoteau respectiva adeverință medicală, influențând astfel hotărârea luată în privința lor. Însă pacienții pe care i-am cunoscut afirmau că, exceptând acuzația de crimă, internarea în spital este, în general, o modalitate nu prea strălucită de a evita arestarea: în închisori, sentințele au termen definit, există posibilitatea de a câștiga ceva bani și, în plus, există tot mai des secții cu televizoare bune. Personal, sunt de părere că această poziție ar trebui totuși considerată ca încadrându-se în atitudinea îndreptată împotriva personalului, excepție făcând acele spitale care, la fel ca Spitalul Central, au o clădire specială, închisă, pentru „criminalii bolnavi psihic”.
2. După cum am arătat, în doctrina psihiatrică militantă, aceste motive pentru exploatarea spitalizării pot fi considerate simptomatice pentru nevoia „reală” de tratament psihiatric.

urban. După ieșirea din detenție și internarea în spitalul propriu-zis, obțineau în mai mare măsură decât ar fi fost firesc însărcinări plăcute și acces la pacientele considerate atrăgătoare ; majoritatea celor care în alte instituții ar fi fost numiți „granguri locali” proveneau din rândurile lor. Alt grup era alcătuit din negri : cei care-și doreau să depășească într-o oarecare măsură granița clasei și a rasei puteau să o facă petrecându-și timpul și flirtând cu pacientele albe[1], și primind din partea personalului medical genul de tratament și de conversație profesională dedicate îndeobște clasei de mijloc, de care nu beneficiau în afara spitalului. Un al treilea grup îl constituiau homosexualii : privați de libertate ca urmare a înclinațiilor personale, descopereau că îi așteaptă saloane pe care să le împartă numai cu persoane de același sex, fapt ce le oferea și oportunități sexuale.

Unul dintre mijloacele interesante prin care câțiva pacienți exploatau sistemul spitalicesc presupunea asocierea sociabilă cu persoane din afară. Preocuparea față de interacțiunile cu persoanele din afară părea să aibă legătură cu situația de tip castă a pacienților din spital și cu miturile asociate etichetei stigmatizante de „boală psihică”. Deși unii pacienți afirmau că nu se simt în largul lor cu persoane care nu sunt pacienți, alții, arătând cealaltă față a aceleiași monede, erau de părere că interacțiunea cu non-pacienții este intrinsec mai sănătoasă și, în plus, constituie un fel de recomandare. De asemenea, era mai puțin probabil ca persoanele din afară să aibă o atitudine la fel de jignitoare ca aceea a angajaților din spital la adresa statutului de pacient ; cei din afară nu știau cât de puțin respectabilă este situația de pacient. În sfârșit, câțiva pacienți susțineau că sunt din cale-afară de plictisiți să discute cu tovarășii lor despre internare și despre cazul propriu și că își doresc conversații cu oameni din afară pentru ca astfel să uite tot ce ține de cultura pacienților[2]. Asocierea

1. Am auzit deseori îngrijitori albi și pacienți, la fel de tradiționaliști, protestând când se întâmpla să vadă că un pacient negru curtează o pacientă albă. La polul opus acestui grup tradiționalist și separat de el printr-un fel de epocă socială se afla administrația spitalului, care desegregase clinica de internare și cea de geriatrie și începea să procedeze la fel cu alte clinici ; de asemenea, la polul opus se aflau și principalele clici ale pacienților, aceştia fiind tineri și, după toate aparențele, mai preocupați să fie „în ton cu vremea” decât să respecte anumite granițe rasiale.
2. Desigur, toate aceste teme pot fi identificate în orice grup stigmatizat. În mod ironic, când spun : „Suntem diferiți de oamenii normali, atâta tot !”, pacienții nu-și dau seama (după cum n-o fac nici alți devianți „normali”) că există puține sentimente atât de stereotipe, de previzibile și de „normale” ca acesta enunțat de ei, în orice grup stigmatizat.

cu cei din afară poate întări impresia de a nu fi pacient psihiatric. Ca urmare, după cum e lesne de înțeles, în incinta spitalului și în clădirea de recreere se producea o oarecare „trecere”, jucând pentru pacient rolul de importantă sursă de confirmare a faptului că, într-adevăr, nu se deosebește de cei sănătoși psihic și că, la drept vorbind, nici oamenii sănătoși psihic nu sunt prea inteligenți.

În sistemul social al spitalului existau mai multe puncte strategice la nivelul cărora era posibilă interacțiunea cu persoanele din afară. Câteva fiice adolescente ale medicilor rezidenți făceau parte, ca partenere pe picior de egalitate, din grupul restrâns al jucătorilor de tenis constanți, grup alcătuit din pacienți cu dreptul de a circula liber pe teritoriul spitalului și asistente medicale stagiare[1]. În timpul meciurilor de tenis și după terminarea lor, acest grup ședea pe iarbă, la marginea terenului, se angaja în jocuri pline de veselie și, în general, manifesta o dispoziție total necaracteristică pentru un spital. Tot astfel, în serile în care organizațiile caritabile din afară pregăteau petreceri cu dans, aducând și femei tinere, unul-doi pacienți se întovărășeau cu aceste femei și, după toate aparențele, obțineau din partea lor reacții necaracteristice mediului de spital. La fel, în secția de internări, unde-și petreceau asistentele stagiare perioada de instruire psihiatrică, unii pacienți tineri jucau cu ele în mod regulat cărți sau alte jocuri, situații în care se respectau obiceiurile și practicile flirtului, nu cele ale profesiei medicale. Profesioniștii aflați în vizită în spital participau deseori la terapiile „înalte”, cum ar fi psihodrama sau terapia de grup, pentru a observa cele mai noi metode ; și aceste persoane constituiau, pentru pacienți, o sursă de interacțiuni cu indivizi normali. În fine, pacienții din selecționata de baseball se puteau bucura, în meciurile cu echipele din comunitatea exterioară spitalului, de camaraderia specială care se formează între echipele concurente din cadrul unui joc și care le delimitează pe amândouă de spectatori.

III

Poate că modul cel mai important prin care pacienții exploatau sistemul în Spitalul Central ținea de obținerea unei însărcinări cât mai „profitabile”, adică alocarea unei activități de muncă, de recreere,

1. Din punct de vedere social, nici o pacientă nu reușea să intre în acest grup. În paranteză fie spus, din categoria non-pacienților, copiii medicilor rezidenți erau singurii despre care am constatat că nu manifestă o evidentă distanțare de castă față de pacienți ; din ce motive, nu știu.

a unei terapii sau a unui loc într-o secție care, prin sine, putea pune la dispoziția individului anumite adaptări secundare (de multe ori, o gamă întreagă). Acest aspect poate fi înfățișat citând relatarea unui fost deținut din închisoarea britanică Maidstone :

> De trei ori pe an, la sfârșitul fiecărui trimestru, la Biroul pentru Educație, înaintam comisarilor închisorii un raport privind progresele realizate la fiecare curs predat. Scoteam cifre peste cifre, prin care să arătăm numărul deținuților care participau la cutare și cutare curs. De exemplu, am afirmat că unul dintre cursurile cu cea mai mare popularitate era un grup de discuții unde se dezbăteau „Probleme de actualitate". N-am menționat de ce este atât de popular, motivul fiind acela că doamna binevoitoare care conducea dezbaterile în fiecare săptămână venea cu provizii de tutun pentru elevii ei. Cursul se ținea într-un nor de fum albăstrui și, în timp ce profesoara îi dădea înainte cu „Problemele de actualitate", elevii – pușcăriași bătrâni, vagabonzi și cretini – stăteau comod și se bucurau de țigara gratuită ![1]

Însărcinările pot fi urmărite tocmai în ideea posibilităților practice pe care le oferă sau, invers, posibilitățile practice pot apărea după obținerea însărcinării, caz în care funcționează ca motiv pentru păstrarea ei. Și într-un caz, și în celălalt, „exploatarea unei însărcinări" constituie una dintre principalele asemănări între spitalele de psihiatrie, închisori și lagărele de concentrare. Instituționalizatul le sugerează oficialilor îndrituiți, într-o măsură mai mare decât în cazul improvizațiilor simple, că își dorește însărcinarea din motivele cuvenite, mai ales dacă este vorba despre o însărcinare voluntară și care presupune cooperarea strânsă între angajați și instituționalizați, căci, în acest caz, se așteaptă adesea „strădania sinceră". În astfel de cazuri, individul instituționalizat pare să-și îmbrățișeze activ însărcinarea și, prin aceasta, concepția instituției despre el, când, în realitate, modul aparte în care profită de sarcina respectivă acționează ca o falie între individ și așteptările sporite ale instituției față de el. De fapt, acceptarea unei sarcini care ar fi putut să fie refuzată într-un mod sau altul marchează debutul unui parteneriat plin de curtoazie între instituționalizat și angajați, precum și dezvoltarea unei atitudini a personalului față de individ pe care el poate să o compromită mai ușor prin activități de manipulare.

Am sugerat deja prima observație generală care trebuie făcută, anume aceea că, dacă o sarcină de muncă generează anumite produse, este foarte probabil ca lucrătorul să se afle în poziția de a se putea

1. Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 65.

servi neoficial de roadele muncii sale. În spital, persoanele desemnate să lucreze la bucătărie puteau obține suplimente de hrană[1]; cele care lucrau la spălătorie obțineau mai des îmbrăcăminte curată; celor din atelierul de reparat încălțăminte le lipseau rareori pantofii buni. Tot astfel, pacienții care îngrijeau terenul de tenis folosit de angajați și de pacienți puteau să joace deseori, ba chiar cu mingi noi; cel care lucra voluntar la bibliotecă obținea primul cărțile noi[2]; lucrătorii de pe camioanele frigorifice aveau parte de răcoare vara; pacienții angajați să lucreze în depozitul central de îmbrăcăminte se puteau îmbrăca bine; pacienții care se duceau la bufet ca să aducă țigări,

1. Pentru comparație, un caz dintr-un spital psihiatric britanic, descris în D.McI. Johnson și N. Dodds (eds.), *The Plea for the Silent* (Christopher Johnson, Londra, 1957), pp. 17-18:
„În scurt timp m-am apropiat de cei doi oameni rezonabil de sănătoși dintre cei treizeci sau mai mult, câți se aflau în secție. În primul rând, flăcăul pe care l-am pomenit mai devreme; șeful a acceptat bucuros să dau o mână de ajutor la bucătărie, iar recompensa mea consta în două cești suplimentare de ceai în fiecare zi".
O ilustrare dintr-un lagăr de concentrare găsim în Kogon, *op. cit.*, pp. 111-112:
„Iar dincolo de complexul îngrădit cu sârmă ghimpată, câinii de companie pe care-i țineau mai toți ofițerii SS erau hrăniți cu carne, lapte, cereale, cartofi, ouă și vin roșu, sec – alimentație atât de rafinată, încât mulți prizonieri lihniți de foame au profitat de orice ocazie ca să muncească în cantina pentru câini, sperând să capete un pic din mâncarea animalelor".
Un exemplu din închisoare se găsește în descrierea insulei McNeil, făcută de Don Devault în Cantine și Rainer, *op. cit.*, p. 92:
„În timpul sezonului de recoltare a fructelor, a te afla în echipa de culegători contribuia la îmbunătățirea situației hranei. Primeam câte fructe puteam mânca în livadă și le aduceam din belșug și celorlalți. Mai târziu, ne-a folosit și intrarea în echipa de reparații, căci puteam merge la crescătoria de găini ca să reparăm instalația electrică și, în același timp, să fierbem câte un ou pentru fiecare, ori la bucătărie, ca să reparăm chiuveta și să ne alegem cu un hamburger pregătit de bucătari, când nu băga nimeni de seamă, sau poate cu o sticlă de lapte în plus".
Heckstall-Smith, fost deținut în închisoarea britanică Wormwood Scrubs, arată, *op. cit.*, p. 35:
„Mi-am petrecut cea mai mare parte a timpului plantând varză și plivind buruienile din straturile cu ceapă de iarnă. Cum noi nu primeam deloc legume proaspete, în primele câteva zile am mâncat atâta ceapă, încât mă temeam că ofițerii au să descopere locurile goale din rânduri".
2. La fel cum o persoană căreia îi plac filmele se poate angaja ca plasator la cinematograf, primind astfel o compensație suplimentară, pe lângă salariu.

dulciuri sau răcoritoare pentru îngrijitori primeau deseori o porție din bunurile aduse[1].

Pe lângă aceste utilizări directe ale sarcinilor obținute, mai existau și multe altele, colaterale[2]. Spre exemplu, unii pacienți insistau să capete acces la sala de sport din subsol fiindcă acolo reușeau uneori să folosească saltelele de gimnastică, relativ comode, pentru a trage un pui de somn în timpul zilei – una dintre marile pasiuni ale vieții de spital. Tot astfel, în secția de internări, câțiva pacienți așteptau cu nerăbdare bărbieritul bisăptămânal fiindcă, dacă unul dintre scaunele frizerului era liber, puteau obține câteva minute de odihnă confortabilă. (Instructorii de gimnastică și frizerii considerau, în mod corect, că e suficient să se întoarcă o clipă cu spatele pentru ca un pacient să profite de dotările locului, folosindu-le în avantajul propriu, aceasta fiind o posibilitate reală și o problemă pretutindeni în spital.) Cei care lucrau în spălătoria spitalului reușeau uneori să se bărbierească în solitudinea oferită de baia din subsol și în ritmul propriu – privilegiu important în spital. Un pacient vârstnic care lucra ca portar în clădirea ce adăpostea locuințele personalului putea să strângă mâncarea și băutura rămase de la petrecerile angajaților,

---

1. Trebuie observat că, deși aceste felurite strădanii par întreprinzătoare, utilizarea în scopuri personale a materialelor și uneltelor într-o instituție industrială și într-una comercială, descrisă de Dalton, *op. cit.*, pp. 199 și urm., are o amploare și o frumusețe la care instituționalizații din instituțiile totale nu pot ajunge prea ușor. Pentru a găsi și alte exemple de realizări mărețe, probabil că ar trebui să cercetăm marile operațiuni de „organizare” desfășurate de personalul militar american la Paris, la sfârșitul fazei europene a celui de-al doilea război mondial.
2. Literatura despre instituțiile totale ne oferă unele exemple grăitoare. Deținuții preferă uneori munca la fermă sau în carierele de piatră, chiar și iarna, fiindcă ambele presupun aer curat și mișcare (Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, p. 60), cursurile de inginerie a construcțiilor, prin corespondență, pentru pregătirea evadărilor din închisoare (Thomas Gaddis, *Birdman of Alcatraz* [New American Library, New York, 1958], p. 31), sau cursurile de drept, ca să învețe să-și prezinte propriul caz, și cursurile de arte plastice, pentru a fura fructele proaspete folosite drept modele (J.F.N. 1791, „Corrective Training”, *Encounter*, X [mai 1958], p. 17). Kogon, *op. cit.*, p. 83, arată următoarele cu privire la munca în lagărele de concentrare :
   „În toate muncile pe care le efectuau prizonierii, grija lor se îndrepta în primul rând spre două lucruri : adăpost și foc. Asta însemna o adevărată năvală spre anumite locuri de muncă dezirabile în timpul iernii. Oamenii dădeau sume uriașe ca mită, spre a-i corupe pe supraveghetori să le dea de lucru în apropierea unui foc, chiar și în aer liber”.

iar în perioada liniștită de peste zi putea să se bucure de televizorul acestora, unul dintre cele mai bune din spital. Unii pacienți mi-au spus că au făcut eforturi să fie trimiși să lucreze în secțiile medicale și chirurgicale pentru că acolo beneficiau uneori de tratamente caracteristice acestor specialități, lucru pe care observațiile mele îl confirmă[1]. În mod interesant, unii chiar reușeau să găsească avantaje ascunse ale terapiei de șoc cu insulină: pacienții supuși șocului insulinic aveau voie să stea în pat toată dimineața, în secția diabeticilor, plăcere imposibil de obținut în majoritatea celorlalte secții, iar asistentele de acolo îi tratau ca pe niște pacienți obișnuiți.

După cum ne putem aștepta, multe însărcinări le dau pacienților ocazia de a se întâlni cu membri de celălalt sex, adaptare secundară exploatată și legitimată parțial de numeroase organizații recreative și religioase din societatea civilă. Tot astfel, unele însărcinări ofereau posibilitatea ca două persoane, ieșite de sub incidența segregării interne din spațiile de locuit din spital, să perfecteze „o întâlnire"[2]. Spre exemplu, pacienții și pacientele sosesc puțin mai devreme în sala de spectacole când se difuzează filme ori au loc spectacolele de caritate, pălăvrăgesc o vreme în grupuri mixte, apoi încearcă să-și ocupe locuri în sală sau, dacă nu, încearcă să pună la punct canale de comunicare, astfel încât să continue această activitate în timpul reprezentației[3]. Petrecerile de rămas-bun constituie, de asemenea,

---

1. Folosirea nelegitimă a infirmeriei constituie, desigur, un subiect tradițional în instituțiile totale. Vezi, spre exemplu, relatarea lui Melville din marina militară, *op. cit.*, p. 313:
„Dar, în ciuda tuturor acestor neajunsuri, în ciuda întunericului și atmosferei stătute din infirmerie, unde un pacient trebuie să zacă până-n clipa când chirurgul îl declară vindecat, mulți falși bolnavi preferă, îndeosebi pe vreme rea, să rămână acolo, ca să scape de udătură și de muncă grea". [versiunea în limba română: *op. cit.*, vol. II, p. 177 – n.t.]
2. Norman, *op. cit.*, oferă un exemplu din lumea închisorilor britanice (în limbajul propriu): „Defilarea bolnavilor e cea mai mare distracție din câte poți avea, dacă pe lista cu bolnavi or fi vreo douăzeci de oameni, poate unul să aibă ceva în neregulă, poate, cei mai mulți se duc acolo ori fin'că n-au chef să meargă la lucru în dimineața aia ori fin'că și-au aranjat o întâlnire cu careva, care e în altă sală și se dă tot bolnav. Și asta-i una din singurele căi de a fi sigur că-ți dai întâlnire și o respecți. Într-unele pârnăi din alea mari, poți să ai un camarad într-o aripă, tu ești într-alta și se poate să nu-l vezi sau el să nu te vadă pe tine câtă vreme stați acolo, chiar dacă amândoi stați ani buni. Așa că trebuie să faci felul ăsta de aranjamente ca să te întâlnești".
3. Se pare că, uneori, capelele din închisori devin loc de întâlnire pentru homosexuali, motiv pentru care religia dobândește o proastă reputație. Vezi, spre exemplu, Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, pp. 117-118.

un prilej pentru astfel de comunicări, care le conferă aerul unor evenimente mondene de oraș mic. Întâlnirile Alcoolicilor Anonimi pe teritoriul spitalului par să funcționeze în mod similar; prin intermediul lor, pacienții ale căror escapade alcoolice i-au adus la internare, ajunși prieteni, se pot întâlni o dată la două săptămâni pentru a face schimb de noutăți și a-și întări legăturile. Sporturile sunt folosite în același mod. În timpul turneului de volei inter-clinici nu era deloc surprinzător să vezi cum un jucător dă fuga la marginea terenului la fiecare întrerupere a jocului pentru a se ține de mână cu prietena lui, care, la rândul ei, primise învoire să iasă din secție doar ca să vizioneze jocul, dar de fapt venise ca să se țină de mână cu el.

Una dintre sarcinile specifice spitalului de psihiatrie, exploatate în scopul contactelor sociale cu ceilalți pacienți și al „întâlnirilor", viza terapia. În Spitalul Central, principalele forme de psihoterapie erau terapia de grup, terapia prin dans și psihodrama. Toate se desfășurau într-o atmosferă relativ indulgentă și tindeau să-i atragă, ca participanți, pe acei pacienți interesați de contacte cu sexul opus. Psihodrama se preta la exploatare fiindcă luminile din încăpere se micșorau în timpul spectacolului, iar terapia prin dans, pentru că presupunea deseori perioade de dans cu persoana aleasă de fiecare.

În spital, unul dintre cele mai răspândite motive pentru acceptarea însărcinărilor era acela de a ieși din secție și a scăpa de nivelul ridicat de control și supraveghere, precum și de disconfortul fizic trăit acolo. Secția funcționa ca un fel de piston, determinându-i pe pacienți să-și dorească, fără influențe din exterior, să participe la tot felul de activități comune și asigurând cu ușurință succesul aparent al respectivelor activități[1]. De obicei, indiferent dacă un angajat propunea muncă, terapie, recreere sau chiar discuții educative, propunerea aduna garantat o adevărată mulțime, pur și simplu în virtutea probabilității mari ca activitatea propusă, indiferent de tipul ei, să ofere participanților o îmbunătățire consistentă a condițiilor de viață. Astfel, cei care se înscriau la cursurile de arte plastice aveau ocazia să iasă din secție și să petreacă jumătate de zi într-o încăpere răcoroasă și liniștită din subsol, desenând sub îndrumările blânde ale unei femei din clasa superioară, care își făcea astfel porția săptămânală de muncă de caritate; la fiecare ședință, un fonograf mare

1. O situație similară se regăsește în legătură cu celulele de închisoare. Vezi, spre exemplu, Norman, *op. cit.*, p. 32. Pentru unii capi de familie, soția și copiii creează același efect de piston: îi determină pe bărbați să iasă ca să joace popice, să bea, să pescuiască, să participe la conferințe și să efectueze alte activități care se desfășoară în afara căminului propriu. Cercetând doar aceste activități, ar fi greu de explicat plăcerea pe care o produc.

cânta muzică clasică și se distribuiau dulciuri și țigări dintre cele mai bune. Așadar publicul diferitelor activități din spital era alcătuit, în general, din persoane care intrau de bunăvoie în captivitate.

În timp ce îngrijitorii, asistentele și, deseori, medicii prezentau cu sinceritate sarcinile la nivel de secție (cum ar fi lustruitul pardoselii) drept principalele căi de a obține promovarea la condiții de viață mai bune, participarea la diferitele forme de psihoterapie tindea să nu fie definită de personal în acest mod *quid pro quo*, astfel că putem considera înscrierea la terapiile „înalte" drept adaptare secundară, deși făcută în scopul promovării. Pe drept cuvânt sau nu, mulți pacienți erau de părere că participarea la aceste activități va fi considerată drept semn că au fost „tratați" și unii considerau că, după ieșirea din spital, implicarea lor va putea fi prezentată angajatorilor și rudelor ca dovadă că au beneficiat de un tratament real. Pacienții mai credeau că, arătându-se dispuși să participe la aceste terapii, îi vor atrage pe terapeuți de partea lor în strădaniile de a-și îmbunătăți condițiile de viață din spital sau de a obține externarea[1]. Astfel, de exemplu, un pacient descris deja ca având abilitatea de a exploata cu ușurință sistemul spitalicesc i-a spus unui alt pacient, care îl întrebase cum plănuiește să iasă din spital: „Amice, am să particip la tot ce se poate participa!".

Era de așteptat ca membrii personalului să se simtă uneori nemulțumiți de modul neașteptat de utilizare a terapiei pe care o practică. Astfel, un specialist în psihodramă mi-a spus: „Când văd că un pacient vine doar pentru a se întâlni cu prietena lui sau cu grupul și nu ca să ridice probleme și să încerce să-și îmbunătățească starea, discut cu el". Tot astfel, psihoterapeuții care practicau terapia de grup s-au văzut puși în situația de a-și mustra pacienții fiindcă la ședințe își discutau plângerile cu privire la instituție, și nu propriile probleme emoționale.

În Spitalul Central, una dintre preocupările caracteristice în privința sarcinilor viza gradul de contact cu personalul superior. Date fiind condițiile generale din secții, toți pacienții care lucrau înconjurați de membri ai personalului superior își îmbunătățeau situația, de obicei beneficiind de condițiile de viață mai blânde ale angajaților. (Acest factor a fost implicat în mod tradițional în delimitarea lucrătorilor de pe câmp de servitorii din casă și a soldaților combatanți

---

1. Un caz marcant în această privință l-a constituit îmbrățișarea entuziastă a religiei de către deținuții din închisorile americane, imediat după introducerea preoților în aceste instituții. Vezi H.E. Barnes și N.K. Teeters, *New Horizons in Criminology* (ediția a II-a, Prentice Hall, New York, 1951), p. 732.

de cei plasați în posturi administrative, în spatele frontului.) Un pacient priceput să bată la mașină se afla așadar într-o poziție excelentă pentru a-și petrece ziua de lucru cât se poate de bine, chiar până în punctul de a se bucura de un oarecare tratament onorific, ca non-pacient ; singurul preț pe care trebuia să-l plătească, așa cum se întâmplă deseori în asemenea cazuri, consta în faptul că auzea cum discută personalul despre pacienți când aceștia nu sunt de față.

Un exemplu de asemenea adaptare se întâlnea în secțiile de irecuperabili, unde un pacient relativ bine ancorat în realitate și cu destul autocontrol putea alege să rămână și, astfel, să obțină cu ușurință monopolul asupra slujbelor bune și a bonificațiilor aferente. Spre exemplu, un pacient care a reușit să rămână într-o secție de irecuperabili datorită refuzului de a discuta cu psihiatrul a primit libertatea de a folosi, seara, sala asistentelor și cămăruța din spatele acesteia, unde personalul avea fotolii moi, din piele, numeroase reviste și cărți, aparat de radio, televizor și flori.

Locurile

I

Am prezentat unele surse elementare de materiale pentru adaptările secundare din Spitalul Central. În continuare mă voi ocupa de chestiunea contextului concret, căci aceste activități din cadrul vieții clandestine trebuie să se desfășoare într-un loc sau într-o zonă anume[1].

În Spitalul Central, la fel ca în multe instituții totale, fiecare individ instituționalizat tinde să-și considere lumea proprie ca fiind împărțită în trei, împărțirea făcându-se în mod similar pentru cei cu același statut al privilegiilor.

În primul rând sunt spațiile la care accesul este interzis sau imposibil. În acest caz, simpla prezență a pacientului constituie forma de comportament interzisă activ – excepție făcând, de pildă, eventualele situații când pacientul se află în mod explicit „împreună cu" un agent autorizat ori este angajat activ într-un rol relevant de

1. Studierea utilizării sociale a spațiului a primit recent noi impulsuri prin activitatea unor zoo-etologi ca H. Hediger și Konrad Lorenz. Vezi, spre exemplu, lucrarea extrem de interesantă a lui Robert Sommer, „Studies in Personal Space", *Sociometry*, XXII (1959), pp. 247-260, și cea a lui H.F. Ellenberger, „Zoological Garden and Mental Hospital", *Canadian Psychiatric Association Journal*, V (1960), pp. 136-149.

serviciu. De pildă, conform regulilor afișate în una dintre secțiile pentru bărbați, accesul la terenurile din spatele unei secții pentru femei era interzis, probabil ca măsură de castitate. Pentru toți pacienții, cu excepția celor câțiva cu dreptul de a ieși în oraș, tot ce se afla dincolo de zidurile instituției reprezenta un teritoriu interzis. Accesul pacienților în multe dintre clădirile administrative și aripile administrative ale clădirilor, precum și în cabinetele medicilor și, cu unele variații, în posturile de supraveghere ale asistentelor din secție era interzis. Reguli similare au fost prezentate, desigur, și în alte studii asupra spitalelor de psihiatrie:

> Când responsabilul [îngrijitorul] se află în biroul lui, biroul în sine și o zonă de aproximativ cinci metri pătrați împrejurul lui sunt interzise pentru toată lumea, excepție făcând grupul elitist de ajutoare din secție, alese dintre pacienții privilegiați. Ceilalți pacienți nu se opresc sub nici o formă în această zonă. Chiar și pacienții privilegiați pot fi expediați dur și autoritar, dacă responsabilul sau adjuncții lui doresc asta. Supunerea, când se dă acest ordin – de obicei într-o formă părintească, de pildă „Acuma hai, pleacă de-aici!" –, este instantanee. Pacientul privilegiat este privilegiat tocmai fiindcă înțelege semnificația acestui spațiu social și alte aspecte ale poziției îngrijitorului[1].

În al doilea rând, există *spațiul supravegheat*, zona în care pacientul se poate afla fără să aibă motive speciale, dar în care este supus autorității și restricțiilor obișnuite din instituție. Pentru pacienții cu dreptul de a circula liber pe teritoriul spitalului, această zonă include cea mai mare parte a spațiilor. În sfârșit, există spațiul reglementat mai puțin autoritar decât în mod obișnuit de autoritatea angajaților spitalului; tipurile acestui al treilea gen de spațiu sunt cele pe care vreau să le iau în discuție.

Activitatea vizibilă aferentă unei adaptări secundare anume poate fi interzisă activ într-un spital psihiatric, la fel ca și în alte instituții. Pentru ca respectiva activitate să se poată desfășura, ea trebuie ferită de ochii și urechile personalului. Aceasta ar putea presupune simpla ieșire din câmpul vizual al personalului[2]. Individul poate să

---

1. Ivan Belknap, *Human Problems of a State Mental Hospital* (McGraw-Hill, New York, 1956), pp. 179-180.
2. Se poate cita un exemplu din închisorile americane, prezentat în lucrarea lui Alfred Hassler, *Diary of a Self-Made Convict* (Regnery, Chicago, 1954), p. 123:
   „Câteva minute mai târziu, gardianul făcea «numărătoarea», moment în care fiecare om trebuia să se afle în picioare, complet îmbrăcat, la ușa

zâmbească disprețuitor întorcându-se pe jumătate cu spatele, să mestece mâncarea fără să miște fălcile când mâncatul este interzis, să palmeze țigara aprinsă când fumatul nu este permis și-și poate folosi mâna ca să acopere țigările folosite drept fise la jocurile de pocher din secție, la trecerea asistentei-șefe. Acestea erau mijloacele de ascundere folosite în Spitalul Central. Un exemplu suplimentar provine dintr-o altă instituție psihiatrică:

> Respingerea totală a psihiatriei, transformată în adulare fanatică după ieșirea mea din comă, ajunsese acum într-o a treia fază: cea a criticii constructive. Începusem să conștientizez obtuzitatea periferică și dogmatismul administrativ al birocrației spitalului. Primul impuls pe care l-am simțit a fost să condamn această stare de lucruri; mai târziu, am perfecționat mijloace de a mă mișca liber în interiorul structurii greoaie a politicii secției. Ca să-mi ilustrez spusele: materialele de lectură îmi erau supravegheate de multă vreme, dar în cele din urmă am reușit să pun la punct o metodă de a rămâne *au courrant* fără să alarmez inutil asistentele și îngrijitorii. Introdusesem pe ascuns în secție mai multe numere din *Hound and Horn*, sub pretextul că este o revistă de agricultură. Citisem *Shock Therapy* de Hoch și Kalinowski (manual ultrasecret de război în spital) cât se poate de fățiș, după ce am pus-o în supracoperta cărții Annei Balakian, *Literary Origins of Surrealism*[1].

Însă pe lângă aceste modalități de evitare temporară a supravegherii în spital, pacienții și angajații cooperează tacit pentru a permite apariția unor spații concret delimitate în care nivelul obișnuit de supraveghere și restricționare este mult redus, spații în care pacientul poate desfășura fățiș o serie de activități interzise, având o oarecare siguranță. Aceste locuri prezintă și o marcată reducere a densității obișnuite a populației pacienților, fapt ce contribuie la calmul și liniștea ce le caracterizează. Personalul nu cunoștea existența acestor locuri sau, dacă o cunoștea, fie evita să le viziteze, fie, dacă pătrundea în ele, renunța la autoritate. Pe scurt, libertinajul avea o anumită geografie. Voi numi aceste regiuni *locuri libere*. Ne putem aștepta să le găsim cu precădere acolo unde autoritatea unei organizații aparține unui întreg eșalon de angajați și nu unui set de

---

celulei proprii. Însă cum gardianul se mulțumea să tragă cu ochiul pe geam, era ușor să-ți pui cămașa pe tine și, stând aproape de ușă, să dai impresia dorită".

1. Carl Solomon, „Report from the Asylum", în G. Feldman și M. Gartenberg (eds.), *The Beat Generation and the Angry Young Men* (Dell Publishing Co., New York, 1959), pp. 177-178.

piramide de comandă. Locurile libere constituie culisele spectacolului obișnuit oferit de relațiile dintre angajați și persoanele instituționalizate.

Locurile libere din Spitalul Central erau utilizate deseori drept cadru pentru activități interzise în mod special : păduricea din spatele spitalului era folosită ocazional ca ascunzătoare pentru a consuma alcool ; zona din spatele clădirii de recreere și cea umbrită de un copac mare, aproape de mijlocul complexului spitalicesc, erau întrebuințate pentru jocurile de pocher.

Însă, uneori, locurile libere păreau a fi folosite pentru simplul scop de a petrece un timp departe de raza de acțiune a angajaților și de secțiile aglomerate și zgomotoase. Astfel, dedesubtul anumitor clădiri se aflau șinele unui sistem vechi de cărucioare folosite cândva pentru a transporta mâncarea din bucătăriile centrale ; în acest tunel, de o parte și de alta a șinelor, pacienții adunaseră banchete și scaune, iar unii stăteau acolo toată ziua, știind că nu-i va interpela nici un îngrijitor. Pacienții foloseau tunelul însuși drept cale de acces dintr-o parte a complexului în cealaltă, astfel nefiind siliți să se întâlnească cu angajații în condițiile interacțiunilor obișnuite dintre cele două categorii. Toate aceste locuri păreau inundate de o senzație de relaxare și autodeterminare, într-un puternic contrast cu starea de neliniște ce domina în unele secții. Aici, individul putea fi de capul lui[1].

---

1. Un bun exemplu similar, la bordul unei fregate, îl oferă Melville, *op. cit.*, pp. 305-307 :

„În ciuda faptului că marinarii de pe un vas de război sunt siliți să trăiască în comun și să-și arate în văzul tuturor până și lucrurile cele mai intime, există totuși la bord câteva colțișoare în care te poți retrage uneori, pentru a rămâne singur, măcar câteva clipe.

Un asemenea refugiu îl ofereau mai ales port-sarturile, unde mă duceam câteodată, în timpul agreabilei noastre călătorii de întoarcere, pe mările tropicale. Acolo mă retrăgeam, după ce mă săturam să ascult cumplitele povești spuse sus pe gabie, și – dacă eram lăsat în pace – transformam în înțelepciune faptele aflate.

Port-sarturile sunt niște mici platforme situate în afara corpului navei, la temelia sarturilor masive care coboară dinspre vârfurile celor trei catarge, către parapete. [...] Aici puteai vedea câte un ofițer care, la numai un ceas după terminarea bătăliei, venea să fumeze un trabuc, pentru a-și scutura de pe favoriți fumul puturos al prafului de pușcă. [...]

....

Dar, cu toate că galeriile laterale și galeria pupa au dispărut de pe vasele de război, mai rămân port-sarturile – o ascunzătoare cum nu se poate mai plăcută. Uriașele palancuri și parâme de la baza sarturilor împart aceste port-sarturi în numeroase bisericuțe, alcovuri, firide și

După cum am arătat mai devreme, locurile libere variază în funcție de numărul de persoane care le folosesc și în funcție de regiunea de proveniență a utilizatorilor, adică locul lor de reședință. Unele locuri libere din Spitalul Central sunt folosite de indivizi care provin din aceeași secție. Un exemplu îl constituie toaleta și coridorul spre toaletă, în secțiile pentru bărbați cu boli cronice. Acestea aveau pardoseală din piatră și ferestre fără perdele. Acolo erau trimiși pacienții care voiau să fumeze și se subînțelegea că îngrijitorii nu vor exercita prea multă supraveghere[1]. Ignorând mirosurile din această parte a secției, unii pacienți preferau să-și petreacă acolo ziua, citind, uitându-se pe fereastră sau, pur și simplu, șezând pe vasul closetului, relativ comod. Iarna, terasele deschise ale unor secții ajungeau să capete același statut, unii pacienți alegând să rabde puțin frig pentru a scăpa, în oarecare măsură, de supraveghere.

---

altare, unde poți trândăvi – în afara vasului, și totuși la bordul lui. E drept, însă, că în această lume de pe-un vas de război sunt destui cei cu care trebuie să împarți lucrurile bune. Adesea, în timp ce stăteam tolănit în vreunul din alcovurile acelea minuscule, contemplând orizontul și meditând la Chitai, eram trezit din visare de vreun bătrân tunar care venea acolo să-și pună la uscat niște butoiașe cu chibrituri, proaspăt vopsite.

Alteori, câte unul din artiștii aceia care făceau tatuaje se târa peste copastie, urmat de «modelul» lui ; acesta întindea un braț sau un picior gol, și atunci neplăcuta operație a «înțepăturii» începea chiar sub ochii mei. Sau se întâmpla ca o droaie de marinari să dea buzna în ascunzătoarea mea, cu lădițele lor cu scule, și să trăncănească, în vreme ce-și cârpeau nădragii.

Într-o după-amiază de duminică, pe când mă odihneam într-o firidă foarte ferită și răcoroasă, între două parâme, am auzit un glas șoptit și rugător. Privind printre parâme, am zărit un marinar bătrân care se ruga în genunchi, cu ochii închiși, cu fața spre mare". [versiunea în limba română : *op. cit.*, vol. II, pp. 165-168 – n.t.]

1. Toaletele îndeplinesc un rol asemănător și în alte instituții. Kogon, *op. cit.*, p. 51, oferă un exemplu ilustrativ dintr-un lagăr de concentrare : „După ce lagărul intra în funcție pe deplin, se instala câte un spălător și o privată deschisă între două corpuri de clădire alăturate. Acolo fumau pe ascuns prizonierii, când aveau ocazia, fumatul în barăci fiind strict interzis".

   Un caz asemănător din închisoare poate fi citat din Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 28 :

   „În atelierul unde se confecționau saci poștali, la fel ca în toate atelierele închisorii, existau spălătoare, unde oamenii păreau a petrece cât mai mult timp cu putință. Se duceau acolo ca să fumeze pe furiș sau, pur și simplu, ca să șadă și să scape de muncă, fiindcă rareori găsești în închisoare un om care să aibă cel mai mic interes față de ceea ce face".

Utilizatorii altor locuri libere provin dintr-o întreagă clinică psihiatrică, alcătuită din una sau mai multe clădiri. Ultimul nivel, scos din uz, al subsolului unei clădiri dintr-o secție pentru bărbați cu boli cronice fusese preluat neoficial de pacienți, care aduseseră acolo câteva scaune și o masă de ping-pong. Unii pacienți din clinică își petreceau acolo întreaga zi, fără a fi supravegheați de cineva. Când îngrijitorii veneau să folosească masa de ping-pong, se purtau aproape de parcă ar fi fost egalii pacienților ; îngrijitorii care nu se simțeau în stare să joace acest rol obișnuiau să nu treacă pe acolo.

Pe lângă locurile libere din secții și din clinici, mai existau locuri libere care atrăgeau pacienți din întreaga comunitate a spitalului. Dealul parțial împădurit din spatele uneia dintre clădirile principale, de pe vârful căruia se putea vedea o excelentă panoramă a orașului învecinat, constituia un astfel de loc. (Uneori veneau acolo pentru picnic familii care nu aveau nici un fel de legătură cu spitalul.) Zona aceasta avea o importanță considerabilă în mitologia spitalului, având reputația de loc predilect pentru activitățile sexuale păcătoase. În mod ciudat, un alt loc liber al întregii comunități îl constituia clădirea de pază de la intrarea principală a spitalului. Clădirea era încălzită pe timpul iernii ; de acolo puteau fi priviți cei care intrau și ieșeau de pe teritoriul spitalului, se afla aproape de străzile civile obișnuite și putea să reprezinte o destinație utilă pentru plimbări. Clădirea de pază se afla sub jurisdicția gărzilor din poliție, nu sub cea a îngrijitorilor, iar gardienii, aparent din cauza faptului că erau oarecum izolați de restul personalului din spital, tindeau să interacționeze sociabil cu pacienții ; domnea o atmosferă de relativă libertate.

Poate că locul liber cel mai important al întregii comunități îl reprezenta zona din imediata vecinătate a micului magazin autonom care juca rolul de bufet pentru pacienți, aparținea Asociației Nevăzătorilor și avea ca angajați câțiva pacienți. Acolo, pacienții și câțiva îngrijitori își petreceau timpul pe băncile așezate în aer liber, lenevind, sporovăind, comentând situația spitalului, bând cafea și sucuri și mâncând sandvișuri. Pe lângă faptul că reprezenta un loc liber, această zonă avea o funcție suplimentară, jucată pe vremuri de fântâna din centrul localităților : cea de centru neoficial pentru schimburile de informații[1].

---

1. Melville, *op. cit.*, pp. 363-364, ne oferă un exemplu din marina militară : „Pe vasele de război, bucătăria de pe puntea tunurilor este marele centru unde se adună marinarii ca să schimbe o vorbă și ca să afle ultimele noutăți. Ei stau aici la taifas câte o jumătate de oră, după fiecare masă. Motivul pentru care tocmai acest loc și acest moment sunt alese pentru pălăvrăgeală este următorul : numai în vecinătatea bucătăriei și numai

Un alt loc liber accesibil anumitor pacienți era bufetul angajaților, o clădire în care pacienților li se permitea oficial să intre dacă aveau dreptul să circule liber pe teritoriul spitalului (ori dacă primeau vizitatori care să-i poată supraveghea) și banii necesari pentru a plăti ceea ce consumau[1]. Deși mulți pacienți simțeau un fel de venerație pentru acel loc și se simțeau stânjeniți acolo, unii reușeau să-l folosească la maxim, exploatând ideea tacită că, acolo, pacientul va fi tratat la fel ca oricare altă persoană. Câțiva pacienți veneau la bufetul personalului să-și bea cafeaua după fiecare masă luată în secție ; își ștergeau gustul hranei consumate în condițiile din secție, circulau printre asistente stagiare și rezidenți și, în general, foloseau locul drept centru de socializare într-o asemenea măsură, încât, periodic, le era interzis accesul.

Era evident faptul că, progresând în cadrul „sistemului secțiilor" și dobândind astfel tot mai multe privilegii, pacienții tindeau să obțină acces la unele locuri libere care atrăgeau pacienți din regiuni tot mai vaste[2]. În plus, statutul fiecărui spațiu era conectat la sistemul secțiilor, astfel că un loc interzis pacientului neascultător putea deveni, în cele din urmă, loc liber pentru pacientul supus[3]. De asemenea,

---

după mese, marinarii de pe-un vas de război au voie să se delecteze c-un fum de țigară". [versiunea în limba română : *op. cit.*, vol. II, p. 256 – n.t.]

1. Această regulă constituie un bun exemplu privind politica umanitară și liberală aplicată în Spitalul Central cu privire la anumite aspecte ale vieții de spital. Un raport despre spital ar fi putut fi alcătuit în întregime din astfel de aspecte liberale, iar jurnaliștii chiar au procedat astfel. Revizuind un raport preliminar asupra studiului meu, cel care ocupa, la acea vreme, funcția de medic-șef adjunct mi-a arătat că, deși nu contesta vreo afirmație anume, putea să opună rezultatului general afirmații la fel de adevărate, dar favorabile spitalului. Într-adevăr, ar fi putut. Însă se pune problema dacă o trăsătură liberală a administrației spitalului afectează doar viața câtorva pacienți într-un număr limitat de situații sau dacă privește o trăsătură crucială și repetitivă a sistemului social care guvernează aspectele fundamentale ale vieții majorității pacienților.
2. În societatea civilă, după cum am arătat anterior, un loc liber poate fi folosit de indivizi din zone foarte extinse, cum este cazul parcurilor unui oraș. În Londra, până în secolul al XVIII-lea, tâlharii hărțuiți din oraș se foloseau de locurile libere denumite „sanctuare", în care, uneori, erau feriți de posibilitatea arestării. Vezi L.O. Pike, *History of Crime in England* (2 vol. ; Smith, Elder & Co., Londra, 1876), vol. II, pp. 252-254.
3. Se poate adăuga că anumite locuri interzise pacienților, cum ar fi locuințele pentru angajați ocupate de bărbații celibatari, reprezentau de fapt, în virtutea regulii, locuri unde personalul putea să se „relaxeze", eliberat de restricțiile de comportament impuse de prezența pacienților.

trebuie spus că o secție în sine putea deveni loc liber, cel puțin pentru membrii clinicii respective. Astfel, în perioada studiului pe care l-am efectuat, erau „deschise” câteva secții dintr-o clinică pentru bolnavi cronici și o secție de reabilitare sau de convalescență a clinicii de internare pentru bărbați. În aceste secții, pe timpul zilei se afla foarte puțin personal sau chiar deloc și, ca urmare, exista o relativă lipsă de supraveghere. Cum secția din clinica de internări era dotată cu masă de biliard, reviste, televizor, cărți de joc, cărți și asistente stagiare, se crea acolo o atmosferă de siguranță și de relaxare, asemănată de unii pacienți cu sala de recreere din unitățile militare.

Numeroase tipuri de sarcini puneau la dispoziția pacienților locuri libere, mai cu seamă dacă munca se efectua sub îndrumarea unui specialist în respectiva activitate și nu sub cea a unui îngrijitor, căci în acele intervale de timp se intenționa păstrarea mediului specific unui loc de muncă, ceea ce aducea o libertate diferită în fața autorității și a constrângerilor, în comparație cu viața din secție. Lucrurile stăteau astfel în principalele locuri unde se desfășura terapia prin muncă : în spălătorie și în atelierul de încălțăminte. Așadar dobândirea accesului la un loc liber reprezenta principala modalitate de exploatare a unei sarcini. Pentru unii pacienți, sala de terapie ocupațională din clinica de internări, unde se prelucra lemnul, oferea un loc liber. Subsolul unde se desfășura terapia prin dans avea, de asemenea, aceeași întrebuințare, mai ales pentru grupul de pacienți tineri cunoscut și apreciat atât de ceilalți pacienți, cât și de angajați, care alcătuia un fel de companie teatrală ce producea spectacole de teatru și de dans ; grupul se bucura de numeroase ore de antrenament și repetiții, sub îndrumarea simpatizatului terapeut specialist în terapia prin dans. În pauzele de la jumătatea repetiției și câteva minute după încheierea ședințelor de dans, pacienții apăreau în anticamera sălii cu sucuri cumpărate de la automat și cu țigări, uneori oferite de terapeut ; se adunau în jurul pianului, dansau puțin, schițau câțiva pași săltăreți, pălăvrăgeau – pe scurt, aveau parte de ceea ce, în lumea din afară, s-ar numi o pauză neoficială. În comparație cu viața pe care mulți dintre acești pacienți favorizați o duceau în secție, erau momente incredibil de blânde, de armonioase, lipsite de presiunea spitalului.

Deși punerea la dispoziție a unui loc liber reprezenta un aspect secundar al multor slujbe, în cazul altora părea să fie principalul câștig. Spre exemplu, lângă sala de insulinoterapie alăturată secției de internări dintr-o clinică exista o micuță anticameră, unde asistentele se puteau lungi ca să se odihnească și unde se putea pregăti hrana pentru pacienții care ieșeau din șoc. Puținii pacienți care izbuteau să fie angajați spre a da o mână de ajutor în sala de

insulinoterapie se bucurau de atmosfera medicală liniștită de acolo și beneficiau, în oarecare măsură, de îngrijirea caldă și plină de compasiune acordată celor în șoc ; în anticameră, puteau să iasă din rolul de pacient, să se relaxeze, să fumeze, să-și lustruiască pantofii, să sporovăiască cu asistentele și să-și prepare cafea.

Unele locuri libere la care dreptul de folosință nu era fixat cu fermitate se puteau găsi, paradoxal, în zonele centrale ale clădirilor[1]. Una dintre clădirile mai vechi avea un hol principal mare, înalt, răcoros vara, din care se intra în birourile administrative ; în acest hol dădea un coridor pieziș, lat de aproximativ trei metri și jumătate, prevăzut cu o ușă încuiată care ducea spre secții. De o parte și de cealaltă a acestui alcov întunecos se aflau câteva banchete, un automat pentru răcoritoare și o cabină telefonică. Și în holul principal, și în alcov domnea de obicei o atmosferă de serviciu civil. Oficial, pacienții nu aveau voie să „piardă timpul” prin acest alcov și, în unele cazuri, erau chiar avertizați să nu intre pe coridor. Însă câțiva pacienți, bine cunoscuți angajaților și având îndatoriri de oameni de încredere, aveau voie să șadă în alcov ; în după-amiezele toride de vară puteau fi găsiți acolo și uneori își demonstrau dreptul de a se afla acolo angajându-se în jocuri de cărți și, în general, evadând din spital, deși se aflau într-o zonă centrală a instituției.

Frecventarea indirectă a locurilor libere reprezenta unul dintre cele mai impresionante exemple de improvizație în spital. Pacienții încuiați în saloane își petreceau uneori timpul privind pe fereastră, dacă aveau acces la fereastră, sau pe gaura cheii, urmărind activitatea de afară sau din secție. Unii pacienți din secțiile cu bolnavi senili concurau între ei pentru stăpânirea unui pervaz de fereastră. O dată obținut, pervazul era folosit ca loc de ședere : pacientul se ghemuia în fereastră și se uita afară printre gratii, cu nasul – emisar al întregului său trup – lipit de sticla ce-l despărțea de restul lumii ; astfel, evada din secție și, într-o oarecare măsură, se elibera de restricțiile de acces impuse. Pacienții cu dreptul de a circula liber pe teritoriul spitalului se așezau uneori pe băncile din apropierea gardului ce împrejmuia complexul și-și petreceau timpul privind cum

1. Este o realitate socială neobișnuită faptul că locurile libere pot fi găsite adesea în imediata apropiere a oficialităților, care au, printre altele, rolul de a exercita supraveghere asupra unor zone extinse. Spre exemplu, în orașele mici, bețivii se adună uneori pe peluza din fața primăriei, bucurându-se acolo de dreptul de a se aduna și a sta o vreme laolaltă, drept de care nu beneficiază pe străzile principale. Vezi Irwin Deutscher, „The Petty Offender : A Sociological Alien”, *Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science*, XLIV (1954), p. 595, notă de subsol.

trec civilii, pe jos sau în mașini, prin fața spitalului ; astfel, obțineau o cât de mică impresie de participare la lumea liberă de afară.

Se poate sugera că, cu cât mediul în care individul trebuie să trăiască este mai neplăcut, cu atât mai ușor vor fi considerate libere diferite locuri. Astfel, în unele dintre cele mai rele secții, care adăposteau până la șaizeci de pacienți, problema personalului redus din schimbul de seară (de la patru după-amiaza până la douăsprezece noaptea) era rezolvată adunând toți pacienții în camera de zi și blocând ușa acesteia, astfel încât toți pacienții din secție să poată fi supravegheați de o singură pereche de ochi. Acest moment coincidea cu plecarea personalului medical superior, cu înserarea (iarna) – foarte evidentă fiindcă secțiile erau slab iluminate – și, adesea, cu închiderea ferestrelor. În astfel de momente, atmosfera sumbră, ca de priveghi, se accentua și survenea o intensificare a afectelor negative, a încordării și a conflictelor manifeste. Câțiva pacienți (deseori cei dispuși să mături dușumelele, să facă paturile și să-i ducă pe alții la culcare) aveau voie să rămână în afara acestui țarc și să circule după bunul lor plac pe coridoarele, goale în acele intervale de timp, dintre dormitor și încăperile gospodărești. În asemenea momente, orice loc în afara camerei de zi dobândea un aer calm, iar atitudinea predominantă a personalului era relativ lipsită de ostilitate. Spațiul interzis majorității pacienților devenea, în virtutea aceleiași reguli, loc liber pentru un mic număr de aleși.

II

Tipul de loc liber prezentat până acum este unul categorial : pacientul care folosea respectivul loc trebuia să accepte faptul că și alți pacienți, cu care nu întreține neapărat relații apropiate, ar putea să aibă sau vor avea acces la locul respectiv ; nu erau implicate nici exclusivitatea, nici sentimentul de proprietate. Însă în unele cazuri, câte un grup de pacienți adăuga accesului propriu la un loc liber și dreptul de proprietar de a interzice accesul tuturor celorlalți pacienți, cu excepția celor invitați cum se cuvine. Putem vorbi, în acest caz, despre teritorii de grup[1].

---

1. Un exemplu bine cunoscut de teritorialitate se referă la împărțirea orașului Chicago pe zone, fiecare controlată de o bandă diferită. Vezi, spre exemplu John Landesco, *Organized Crime in Chicago*, Illinois Crime Survey, 1929, partea a treia, p. 931 :
„Deși pierderile grele de vieți omenești provocate de războiul berii nu a condus la exterminarea gangsterilor, cum s-au așteptat, cu optimism,

În Spitalul Central, teritoriile de grup par foarte slab dezvoltate, apărând ca simple extensii ale drepturilor acordate legal pacienților de a folosi un anumit spațiu. Spre exemplu, una dintre clinicile pentru continuarea tratamentului are o verandă închisă, cu ferestre mari, în fața unei secții ; veranda conține o masă de biliard, o masă pentru jocul de cărți, televizor, reviste și alte dotări pentru recreere. Acolo, îngrijitorii și pacienții vechi din categoria oamenilor de stat vârstnici interacționează prietenos și de pe poziții egale, discutând despre noutățile legate de spital ; în general, veranda are rolul jucat de cantina subofițerilor în armată. Câte un îngrijitor își aduce câinele ca să-l arate celorlalți, stabilește uneori partide de pescuit cu pacienții care au dreptul să iasă în oraș și consultă formularele de curse cu toți cei din grup, glumind pe seama pariurilor care au fost sau vor fi făcute. Partida de pocher a îngrijitorilor și pacienților jucată pe acea verandă la sfârșit de săptămână îi punea întru câtva pe îngrijitori la discreția pacienților ; la fel și faptul că, acolo, îngrijitorii se simțeau destul de în siguranță pentru a mânca fățiș preparatele care li se aduceau din bucătăria pacienților – consumul hranei pregătite pentru pacienți fiind interzis personalului. Îngrijitorii îi puteau sancționa pe pacienții zgomotoși, dar numai cu acordul tacit al celorlalți pacienți aflați de față. Această situație constituie un caz clar de

---

mulți cetățeni cu respect față de lege, ele i-au determinat pe liderii gangsterilor să accepte, din diferite motive, termenii păcii, care defineau teritoriul între granițele căruia fiecare bandă ori sindicat putea să acționeze fără competiție și dincolo de care nu trebuie să se extindă, pe teritoriile altora". Un tip de teritoriu care a suscitat atenția recent este „domeniul" delincventului.

La origine, conceptul de teritoriu provine din etologie, mai ales din ornitologie ; el se referă la suprafața pe care o apără un animal sau un grup de animale, de obicei împotriva masculilor din aceeași specie. Zonele acestea diferă mult din punctul de vedere a ceea ce cuprind ele, la o extremă aflându-se cuibul sau bârlogul animalului, iar la cealaltă, întreaga „arie familiară", adică zona între granițele căreia își limitează animalul deplasările obișnuite. În aria familiară vor exista locații specializate : locul dedicat creșterii puilor, locurile cu apă de băut, locurile de scăldat, stâlpii de scărpinat și așa mai departe. Vezi W.H. Burt, „Territoriality and Home Range Concepts as Applied to Mammals", *Journal of Mammology*, XXIV (1943), pp. 346-352 ; H. Hediger, *Studies of the Psychology and Behaviour of Captive Animals in Zoos and Circuses* (Butterworths Scientific Publications, Londra, 1955), pp. 16-18 ; C.R. Carpenter, „Territoriality : A Review of Concepts and Problems", în A. Roe și G.G. Simpson (eds.), *Behavior and Evolution* (Yale University Press, New Haven, 1958), pp. 224-250. În privința conceptului de teritorialitate, îi sunt îndatorat lui Irven DeVore pentru ajutorul acordat.

fraternizare ce ne oferă un contrast interesant față de tipul de relație stabilită de personalul psihiatric superior cu pacienții care le stârneau interesul. În această situație, îngrijitorii și pacienții făceau eforturi comune pentru a împiedica accesul pacienților din alte clinici la verandă și, mai ales, la jocul de pocher.

După cum sarcinile datorită cărora pacienții intrau în contact direct cu mediul de muncă al personalului le puteau furniza acestora un loc liber, tot astfel, un asemenea loc, la care avea acces prin numire oficială doar un număr mic de pacienți, putea deveni pentru ei un teritoriu[1]. Spre exemplu, un birou din clădirea de recreere era atribuit celor câțiva pacienți care participau la elaborarea publicației săptămânale a spitalului. Acolo, acești pacienți se puteau bucura nu doar de condițiile de muncă ale angajaților din orice mic birou comercial, dar și de faptul că alți pacienți nu îi deranjau fără motive întemeiate. În numeroasele ocazii când nu exista nici o sarcină presantă, un membru al acestui grup putea să se așeze comod pe scaunul confortabil, să-și ridice picioarele pe birou și să răsfoiască în tihnă o revistă, savurând o băutură răcoritoare, o țigară sau altă delicatesă primită de la angajații generoși din clădirea de recreere – situație de solitudine și control ce poate fi apreciată doar în contextul condițiilor obișnuite de spital.

Clădirea de recreere figura și într-un alt mod ca teritoriu de grup. Circa șase pacienți erau însărcinați să ajute la treburile gospodărești și de curățenie în acea clădire. Drept recompensă tacită pentru munca lor, li se acordau drepturi speciale. Duminica, după ce spălau dușumelele și aranjau totul și înainte ca porțile clădirii să se deschidă, pe la jumătatea dimineții, locul le aparținea. Își făceau cafea și luau din frigider prăjiturile și fursecurile păstrate de ultima dată când

---

1. Aceste aranjamente au fost descrise și în cazul altor spitale psihiatrice; de exemplu, Belknap, *op. cit.*, p. 174: „Atât toaletele, cât și vestiarele și debaralele erau teritorii interzise pentru majoritatea pacienților, cu excepția intervalelor de timp autorizate. Însă un grup de pacienți special aleși avea voie să intre în vestiar și, în anumite circumstanțe, în debaraua unde se țineau obiectele de curățenie".
Închisorile, desigur, sunt renumite pentru astfel de posibilități. Un exemplu din închisorile britanice ni-l oferă Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 70: „În Biroul pentru Educație am avut nenumărate ocazii să discut cinstit și pe față cu oficialitățile închisorii. Poziția noastră acolo era, într-o anumită măsură, unică. Eram investiți cu foarte multă încredere. Puteam veni și pleca aproape după voie și nu ne aflam sub supraveghere directă; lucram singuri și purtam cu noi cheile biroului. Pe lângă faptul că era cea mai confortabilă slujbă din toată închisoarea – căci aveam în birou un telefon și, iarna, un foc care duduia [...]".

ajutaseră la bucătărie. De pe biroul administratorului puteau să împrumute, pentru câteva ore, ambele ziare de duminică livrate regulat în clădire. Timp de două-trei ore după ce terminau curățenia, acești lucrători se puteau desfăta, gustând liniștea, confortul și controlul, în timp ce alți pacienți cu dreptul de a circula liber pe teritoriul spitalului se adunau pe lângă ușă, așteptând să poată intra. Dacă vreunul ajungea cu întârziere la muncă, se strecura prin mulțimea adunată la ușă și doar lui îi dădea voie să intre unul dintre colegii săi de serviciu dinăuntru.

Deși clădirea pazei reprezenta, în general, un loc liber pentru toți pacienții cu dreptul de a circula pe teritoriul spitalului, existau și locuri care atrăgeau, la rândul lor, pacienți din întreg spitalul, dar unde nu aveau toți acces. Un asemenea loc era micul birou al angajatului care administra clădirea ce găzduia sala de spectacole. În timpul repetițiilor pentru piese de teatru, tablouri vivante și alte producții – perioadă în care culisele și „teatrul" în sine deveneau loc liber pentru pacienții participanți –, acest birou era folosit de un grup mic de „granguri locali" ca loc bine protejat unde să-și ia prânzul și să pălăvrăgească. Administratorul clădirii, aflat frecvent în contact cu pacienții și prea puțin cu colegii săi – asemenea gardienilor de la poartă –, tindea să joace un rol intermediar între angajați și pacienți și primea, cel puțin din partea grangurilor locali, respect și apropiere, nefiind tratat ca membru al personalului.

În câteva secții, teritoriul de grup al unor pacienți ajungea să fie apărat în fața celorlalți de către angajați. În acele secții, unde aproape toți pacienții erau fie în regresie, fie senili, fie cu vătămări organice, puținii lucizi beneficiau, ca răsplată pentru ștersul dușumelelor și păstrarea ordinii, de o întreagă aripă a verandei, îngrădită cu scaune pentru a împiedica accesul celorlalți pacienți.

Anumite jurisdicții teritoriale dobândite de pacienți aveau un caracter etapizat. De pildă, sarcinile de lucru a cinci pacienți dintr-o clinică pentru bărbați cu boli cronice constau în a ajuta la servirea mesei pentru unii pacienți incapabili să facă drumul din secție până la cantină. După ce-i serveau pe aceștia, pacienții lucrători se retrăgeau cu farfuriile goale într-un spălător de lângă secție. Însă chiar înainte de a face acest lucru sau imediat după aceea, primeau o farfurie cu mâncare și un pahar cu lapte, pe care să le consume în ritmul dorit de ei, în bucătăria secției. Din frigiderul de acolo luau cafea neagră, păstrată de la micul dejun, o reîncălzeau, aprindeau câte o țigară făcută manual și, preț de vreo jumătate de oră, stăteau și se relaxau, având control asupra mediului în care se aflau. Se puteau găsi chiar și pretenții de mai scurtă durată la unele teritorii. Spre exemplu, în clinica de internare pentru bărbați, unde erau aduse cazurile de depresie, de agitație și de leziuni cerebrale, puținii

pacienți relativ lucizi se izolau de ceilalți cu ajutorul unei bariere din scaune, încercând astfel să ferească un colț al camerei de zi de prezența pacienților cu simptome neplăcute[1].

III

Am menționat două tipuri de spații asupra cărora pacientul are un control neobișnuit : locurile libere și teritoriile de grup. Pe primele le împarte cu toți pacienții, iar pe celelalte, doar cu câțiva aleși. Mai rămâne adjudecarea personală a unui spațiu în care individul obține un anumit confort, un anumit control și, tacit, dreptul de a nu-l împărți cu alți pacienți decât dacă îi invită el. Mă voi referi în continuare la *teritoriul personal*. Este vorba despre un continuum ce are la o extremă un veritabil cămin sau cuib[2], iar la cealaltă, un simplu spațiu sau refugiu[3] unde individul se simte pe cât de protejat și de mulțumit este posibil în contextul dat.

În spitalele de psihiatrie și în instituțiile similare, tipul elementar de teritoriu personal îl reprezintă, probabil, camera de dormit individuală, disponibilă oficial pentru aproximativ 5-10% din populația secției. În Spitalul Central, o astfel de cameră se acorda uneori în schimbul muncilor prestate de pacient în secție[4]. După ce obținea

---

1. Acest gen de alcătuire a teritoriului este, desigur, foarte frecvent întâlnit în viața civilă. Poate fi observat în delimitările practicate la cursele de cai de la Ascot și în cazul barierelor din scaune improvizate de muzicanții chemați să cânte la nunți (vezi Howard S. Becker, „The Professional Dance Musician and His Audience", *American Journal of Sociology*, LVII [1951], p. 142).
2. Pentru conceptul de „alcătuire a cuibului", vezi E.S. Russell, *The Behaviour of Animals* (ediția a II-a, Arnold, Londra, 1938), pp. 69-73 ; Hediger, *op. cit.*, pp. 21-22.
   Uneori este greu de trasat delimitarea între teritoriile personale din categoria cuibului și teritoriile de grup. De pildă, în lumea socială a băieților americani, o căsuță în copac, un fort sau o peșteră construite în grădina copilului vor fi, foarte probabil, teritoriul său personal, în care prietenii lui au acces pe bază de invitație, aceasta putând fi retrasă dacă relația se deteriorează ; aceeași construcție, ridicată pe un teritoriu nereclamat de nimeni, este foarte probabil să se afle în proprietate colectivă.
3. Refugiile constituie un tip de locație specializată, aflată deseori în aria familiară a unui animal.
4. Pe lângă faptul că o cameră personală trebuia „plătită" prin muncă, mai existau și alte dezavantaje. În majoritatea secțiilor, ușile camerelor

camera personală, pacientul putea să o doteze cu obiecte care să-i aducă oarecare confort, plăcere și control. Postere, un aparat de radio, o cutie cu romane polițiste, chibrituri, instrumente de bărbierit – acestea erau unele dintre obiectele, în majoritate ilicite, aduse de pacienți în camerele personale.

Pacienții care petreceau mai multe luni într-o secție dată tindeau să-și stabilească teritorii personale în camera de zi, cel puțin la modul că unii își găseau locuri preferate de șezut sau de stat în picioare și depuneau unele eforturi de a-l muta pe cel care se întâmpla să le uzurpe[1]. Astfel, într-o secție de continuare a tratamentului, un pacient vârstnic, dar lucid primise, prin consimțământul tacit al celorlalți, un calorifer izolat; punând hârtie deasupra caloriferului, reușea să șadă pe el și chiar asta făcea de obicei. Își ținea după calorifer unele obiecte personale, fapt ce marca și mai accentuat locul ca fiind teritoriul lui[2]. La câțiva pași de el, într-un colț al

---

personale se încuiau pe timpul zilei, astfel că pacientul trebuia să ceară să i se deschidă ușa ori de câte ori voia să intre în cameră și să suporte refuzul sau privirea iritată provocată adesea de solicitarea sa angajatului care avea cheia. În plus, unii pacienți erau de părere că aceste camere nu erau la fel de bine ventilate ca dormitoarele comune mari și că erau supuse la oscilații mari de temperatură, astfel că, pe parcursul lunilor celor mai fierbinți, unii se străduiau să obțină transferul temporar înapoi într-un dormitor comun.

1. Teritoriile de ședere, renumite din literatura ușoară despre cluburi, sunt descrise și în materialele despre spitalele psihiatrice, spre exemplu Johnson și Dodds, *op. cit.*, p. 72:
„Am ocupat acest loc de dormit timp de mai multe luni. Peste zi, stăteam cu toții într-o cameră de zi plăcută, mare și bine lustruită, cu balansoare. Uneori ședeam acolo ore întregi și nu vorbea nimeni. Nu se auzea nici un sunet, doar câte o ciorovăială, când vreuna dintre locatarele mai vechi se simțea jignită de faptul că vreo nou-sosită ocupa scaunul care-i aparținea de drept".
2. Ori de câte ori indivizii au un loc de muncă stabilizat, cum ar fi o masă de lucru într-un birou, un ghișeu ori un strung, cu timpul, tind să facă aranjamente care să le asigure treptat confortul și controlul, presărând zona imediat învecinată cu lucruri care duc cu gândul la „acasă". Voi cita iarăși un exemplu din viața în fosa orchestrei, Ottenheimer, *op. cit.*:
„O dată ce un spectacol a intrat în stagiune, în fosă se naște o atmosferă de intimitate, de spațiu locuit. Oamenii pun cârlige de care să-și agațe instrumentele de suflat în timpul antractului, precum și stative și rafturi pentru partituri, cărți și alte obiecte. Un obicei frecvent constă în a atașa pe stativul pentru partitură, cu ajutorul sârmei de la un umeraș de haine, o cutie mică din lemn unde se pot ține foarte convenabil foi de hârtie, pixuri, guma de mestecat și ochelarii. O notă deosebit de familiară au adus-o cei din secțiunea de coarde a orchestrei pentru

încăperii, un pacient care avea și slujbă la spital își stabilise „biroul": colțul acela era locul unde angajații îl puteau găsi când aveau nevoie de el. Șezuse atâta timp în acel colț, încât pe peretele din gips se putea vedea o adâncitură murdară, acolo unde își sprijinea de obicei capul. În aceeași secție, un pacient pusese stăpânire pe un scaun aflat drept în fața televizorului; deși câțiva alți pacienți i-au disputat locul, de obicei își putea păstra stăpânirea asupra lui.

Între formarea de teritorii în secție și boala psihică există o relație specială. În multe situații de viață civilă predomină regula egalitară „primul sosit, primul servit" și există anumite modalități de deghizare prin care se ascunde un alt principiu organizatoric: „cel mai puternic ia ce dorește". A doua regulă funcționa într-o oarecare măsură în secțiile de irecuperabili, după cum prima funcționa în cele de recuperabili. Însă trebuie introdusă o altă dimensiune. Alinierea la viața din secție, la care recurgeau mulți dintre pacienții secțiilor cu bolnavi senili, indiferent din ce motive voluntare sau din ce cauze involuntare, îi determina să rămână tăcuți, să nu protesteze și să evite orice perturbare care să-i implice. Ca urmare, în secțiile de irecuperabili se petrecea un fel special de „ordine de hrănire", pacienții lucizi și cu manifestări verbale vehemente luând scaunele și banchetele preferate de la cei nelucizi. Situația mergea până într-acolo încât pacientul vorbitor îl forța pe cel mut să se dea jos de pe taburetul pentru picioare, astfel că primul rămânea cu scaunul *și* cu taburetul pentru picioare, iar celălalt – cu nimic, diferență deloc de neglijat, dat fiind faptul că unii pacienți își petreceau în secție întreaga zi, cu excepția pauzelor pentru mese, fără să facă nimic, ci doar șezând sau stând într-un loc oarecare.

Poate că spațiul minim transformat în teritoriu personal îl constituie pătura pacientului. În unele secții, câțiva pacienți umblă toată ziua cu păturile după ei și, cu un gest considerat puternic regresiv, se fac ghem pe podea, fiecare acoperit complet și înfășurat strâns cu pătura lui; în interiorul acestui spațiu delimitat de pătură, pacientul deținea o cât de mică marjă de control[1].

West Side Story, care au agățat postere (fără să poată fi văzute de public) pe partea interioară a cortinei ce atârna de balustrada fosei. Unii bărbați chiar își aduceau câte un mic radio portabil, de obicei ca să urmărească sportul favorit".

1. Nișele ecologice de tipul pragurilor de ușă și al păturilor transformate în cort pot fi întâlnite și la copiii autiști, după cum arată, spre exemplu, Bruno Bettelheim în lucrarea „Feral Children and Autistic Children", *American Journal of Sociology*, LXIV (1959), p. 458: „Alții își construiesc bârloguri în unghere întunecoase ori în debarale, dorm numai în acele locuri și preferă să-și petreacă acolo întreaga zi și întreaga noapte".

Cum este de așteptat, se poate dezvolta un teritoriu personal între granițele unui loc liber sau ale unui teritoriu de grup. Spre exemplu, în camera de recreere a unei clinici pentru bărbați cu boli cronice, unul dintre cele două fotolii mari, din lemn, situate favorabil în apropierea sursei de lumină și a caloriferului, era ocupat în mod regulat de un pacient în vârstă, respectat; atât pacienții, cât și angajații îi recunoșteau dreptul de a ocupa acel fotoliu[1].

Unul dintre cele mai complexe exemple ilustrative de formare a teritoriului într-un loc liber din Spitalul Central s-a petrecut în subsolul dezafectat al uneia dintre clădirile clinicii de continuare a tratamentului. Acolo, personalul din eșaloanele inferioare preluase câteva încăperi în stare mai bună spre a le folosi drept magazii; astfel, era o cameră pentru vopsele și o alta în care se țineau uneltele pentru îngrijirea terenurilor. În fiecare încăpere își avea terenul semioficial câte un pacient care ajuta la respectivele treburi. Se puteau găsi acolo afișe, un radio, un scaun destul de moale și rezerve de tutun, din cel pus la dispoziție de spital. Pe câteva dintre camerele rămase puseseră stăpânire niște pacienți în vârstă, internați de multă vreme și cu dreptul de a circula pe teritoriul spitalului; fiecare reușise să-și doteze cuibul cu câte ceva, chiar dacă era vorba de un scaun stricat și niște teancuri cu numere vechi ale revistei *Life*[2]. În situația (rar întâlnită) în care vreun angajat al spitalului avea nevoie de unul dintre acești pacienți în timpul zilei, se trimitea mesaj direct la sediul acestuia din subsol, și nu în secție.

În anumite cazuri, o însărcinare oferea și teritoriu personal. De exemplu, pacienții care se îngrijeau de camera de rufărie și de magazia secției lor aveau voie să stea în respectiva încăpere când n-aveau treabă de făcut; acolo puteau să șadă ori să se lungească pe dușumea, departe de tulburările alternate cu liniște sumbră din camera de zi.

---

1. Ca experiment, am așteptat o seară în care celălalt fotoliu bun să fie mutat în altă parte a camerei; înainte să sosească acest pacient, m-am așezat în fotoliul lui, încercând să dau impresia unei persoane nevinovate care-și vede de lectură. Când a sosit, la ora lui obișnuită, s-a uitat lung la mine fără să spună nimic. Am încercat să reacționez ca unul care nu știe că este privit. Nereușind să mă pună la punct astfel, pacientul a cercetat cu privirea încăperea, în căutarea celuilalt fotoliu bun, l-a găsit și l-a adus în locul lui obișnuit, alături de cel pe care ședeam eu. Apoi mi-a spus pe un ton respectuos, fără arțag: „Fiule, vrei, te rog, să te muți pe celălalt fotoliu?”. M-am mutat, punând capăt experimentului.
2. Câțiva pacienți au încercat să-și construiască astfel de cuiburi în zonele împădurite de pe teritoriul spitalului, dar se pare că angajații care se ocupau de îngrijirea terenului demolau repede aceste construcții.

Comodități

În continuare, aș vrea să iau în discuție alte două elemente ale vieții clandestine, care presupun, de asemenea, aranjamente fizice.

I

În viața de toate zilele, posesiunile legitime întrebuințate în adaptările primare se depozitează de obicei, în intervalele de timp cât nu sunt folosite, în locuri sigure, la care persoana are acces după voia sa: cufere, dulapuri, sertare de birou și cutii de valori. Aceste locuri de depozitare protejează obiectul spre a nu fi stricat, folosit sau însușit de altcineva și-i permit utilizatorului să-și ascundă de ceilalți bunurile proprii[1]. Mai important, ele pot reprezenta o extensie a eului și autonomiei lui, devenind mai importante dacă individul renunță la alte receptacule ale identității. Dacă individul nu poate păstra nimic doar pentru uzul personal și tot ce folosește este folosit și de alții, el nu mai reușește să se apere în fața contaminării sociale exercitate de ceilalți. În plus, unele dintre obiectele la care individul trebuie să renunțe sunt cele cu care a ajuns să se identifice în mod special și pe care le folosește pentru a se delimita de ceilalți. De aceea, călugărul dintr-o mănăstire își face griji pentru singurul său loc personal – cutia de scrisori[2], iar marinarul de pe o fregată – pentru sacul din pânză în care își ține hainele[3].

Acolo unde nu sunt permise astfel de locuri de depozitare, se înțelege că ele vor fi create în mod ilicit. În plus, dacă individul deține ilicit un obiect, și locul în care îl depozitează va trebui să fie

1. Desigur, locurile personale de păstrare sunt cunoscute și în alte culturi, nu doar într-a noastră. Vezi, spre exemplu, John Skolle, *Azallaï* (Harper & Bros., New York, 1956), p. 49: „Tuaregii își duc toate obiectele personale în saci din piele. Sacii care conțin lucruri de valoare îi încuie cu *cadena*, uneori fiind nevoie de trei chei pentru a deschide aceste încuietori. Sistemul pare a avea o lipsă de eficiență remarcabilă, întrucât toți bărbații poartă pumnal și oricine ar dori poate să ignore încuietoarea și să spintece sacul din piele. Dar nimănui nu-i trece prin minte să facă acest lucru. Cu toții respectă încuietoarea ca simbol al intimității".
2. Thomas Merton, *The Seven Storey Mountain* (Harcourt, Brace and Company, New York, 1948), p. 384.
3. Melville, *op. cit.*, p. 47. [versiunea în limba română: *op. cit.*, vol. I, p. 55 – n.t.]

ascuns. Un spațiu personal de depozitare ascuns și/sau încuiat ca să împiedice nu doar accesul neaveniților, ci și pe cel al autorităților legitime se numește uneori *tainiță* în lumea infractorilor și în vecinătatea acesteia ; tot astfel îl vom numi și aici[1]. De remarcat că locurile ilicite de depozitare constituie o problemă mai complexă din punct de vedere organizațional decât simplele improvizații, întrucât o tainiță poate adăposti mai multe tipuri de bunuri personale ilicite, nu doar unul singur. Aș vrea să adaug că un obiect important care poate fi ascuns este corpul omenesc (viu sau mort), ceea ce dă naștere la termeni speciali, ca „vizuină", „pasager clandestin", „a se da la fund", precum și la una dintre scenele inevitabile din romanele polițiste.

La internarea în Spitalul Central, pacienților, îndeosebi celor agitați sau deprimați, li se interzicea să aibă un loc personal și accesibil în care să-și depoziteze diferitele obiecte. Îmbrăcămintea personală, spre exemplu, putea fi depozitată într-o încăpere la care nu aveau acces după bunul-plac. Banii li se păstrau în clădirea administrativă și puteau fi obținuți doar cu permisiunea personalului medical și/sau a reprezentanților legali. Obiectele de valoare și cele fragile, cum ar fi protezele dentare, ochelarii, ceasurile de mână, deseori parte integrantă a imaginii corporale, puteau fi încuiate pentru siguranță în locuri la care posesorii lor nu aveau acces. Documentele oficiale de identitate personală puteau, de asemenea, să fie reținute de instituție[2]. Cosmeticele, necesare pentru ca individul să poată apărea cuviincios în fața celorlalți, erau colectivizate și pacienții aveau acces la ele doar în anumite momente. În secțiile de reabilitare existau noptiere, dar, fiindcă nu aveau încuietori, erau

1. Putem da un exemplu dintr-o închisoare americană prezentat în Hassler, *op. cit.*, pp. 59-60 :
„Chiar față-n față cu mine se află cel mai ilustru ocupant al dormitorului, «Nocky» Johnson, fost mare politician în Atlantic City și, dacă nu mă-nșală memoria, concesionar al celor mai sordide activități din acea stațiune. Nocky e un tip trecut de șaizeci de ani, înalt și cu constituție solidă. Poziția lui în ierarhia închisorii sare în ochi, de la prima privire, prin cele șase pături fine din lână împăturite pe priciul lui (noi ceilalți avem două, de o calitate mult mai proastă) și prin lacătul de pe cufărul lui metalic – evident *de trop* printre noi, plevușca. Vecinul meu, delapidatorul, spune că nici un copoi nu examinează vreodată bunurile lui Nocky, așa cum procedează cu ale celorlalți. Când am putut să arunc o privire în cufăr, am constatat că e plin-ochi cu cartușe de țigări – principala monedă de schimb din acest sanctuar în care banii nu circulă".
2. Trebuie afirmat fără echivoc că existau numeroase argumente temeinice, clinice și administrative, pentru a le interzice anumitor pacienți accesul la obiectele personale. Chestiunea dezirabilității acestei interdicții nu face obiectul discuției de față.

expuse furturilor, atât din partea altor pacienți, cât și din partea angajaților – și, în orice caz, se aflau de multe ori în încăperi încuiate, la care pacienții nu aveau acces pe timpul zilei.

Dacă oamenii ar fi ori li s-ar cere să fie altruiști, sigur că lipsa unui loc de depozitare personal ar avea o anumită logică, după cum arată un fost pacient psihiatric britanic :

> M-am uitat după un dulap, dar fără succes. În acest spital părea să nu existe nici unul ; motivul mi-a devenit extrem de limpede în scurt timp : dulapurile erau cât se poate de inutile, căci nu aveam nici un obiect pe care să-l ținem în ele, totul fiind la comun, chiar și prosopul de față, care era folosit în mai multe alte scopuri – chestiune în privința căreia am ajuns să nutresc niște simțăminte foarte puternice[1].

Dar toți oamenii au un eu. Dată fiind limitarea prilejuită de pierderea locurilor de păstrare, este de înțeles că pacienții din Spitalul Central și-au creat singuri astfel de locuri.

Pare caracteristic pentru viața de spital faptul că forma cea mai obișnuită de tainiță era una pe care pacientul putea s-o poarte asupra sa oriunde s-ar fi dus[2]. Spre exemplu, femeile foloseau o poșetă mare ; tehnica paralelă în cazul bărbaților presupunea o jachetă cu buzunare încăpătoare, purtată chiar și în zilele cele mai călduroase. Deși aceste recipiente sunt foarte obișnuite în comunitatea generală, în spital ele erau deosebit de exploatate : cărțile, materialele de scris, bureții de baie, fructele, obiectele de valoare mici, eșarfele, cărțile de joc, săpunul, ustensilele de bărbierit (în cazul bărbaților), recipientele cu sare, cu piper și cu zahăr, sticlele cu lapte sunt unele dintre obiectele purtate uneori în acest fel. Practica era atât de obișnuită, încât unul dintre simbolurile cele mai certe ale statutului pacientului în spital îl constituiau buzunarele umflate. Alt depozit portabil era alcătuit din două sacoșe de cumpărături puse una într-alta. (Pe jumătate plină, această tainiță folosită adeseori mai servea și ca pernă și sprijinitoare pentru spate.) Bărbații își făceau uneori o mică tainiță dintr-un ciorap lung : înnodând capătul deschis al ciorapului și răsucindu-l în jurul centurii, pacientul putea să lase punga cu bani improvizată astfel să-i atârne, ascunsă vederii, în cracul pantalonilor.

---

1. Johnson și Dodds, *op. cit.*, p. 86.
2. În literatura ușoară despre lumea interlopă există tainițe portabile bine cunoscute : tocuri false la încălțăminte, serviete cu fundul fals, recipiente de tip supozitor etc. Articolele ascunse cu predilecție în aceste moduri sunt bijuteriile și narcoticele. Tainițe mai sofisticate sunt descrise în romanele de spionaj.

Se găseau, de asemenea, și variații individuale ale acestor recipiente portabile. Un tânăr absolvent de inginerie și-a făcut un fel de trusă din mușama, căreia îi cususe mai multe compartimente bine măsurate pentru piepten, periuță de dinți, cărți de joc, hârtie de scris, creion, săpun, prosop mic de față, hârtie igienică, totul fiind prins cu o agrafă ascunsă pe partea interioară a brâului. Același pacient își cususe un buzunar suplimentar în interiorul jachetei, pentru a purta în el o carte[1]. Un alt pacient, cititor inveterat de ziare, purta invariabil un sacou pentru a-și ascunde ziarele, pe care le purta împăturite, peste centură. Un altul folosea cu eficiență o pungă pentru tutun bine curățată, pentru transportul alimentelor ; fructele întregi, necurățate puteau fi puse foarte ușor în buzunar și duse de la cantină în salon, dar carnea gătită se transporta cel mai bine în tainițe impermeabile la grăsime.

---

1. Brendan Behan ne oferă un exemplu asemănător în *Borstal Boy* (Hutchinson, Londra, 1958), p. 173, descriind reacția unui deținut dintr-o închisoare britanică în fața hranei puse la dispoziția participanților la liturghia ținută în închisoare : „«Un lucru îți spun», zise Joe garnisindu-și sandvișul și punându-l în ascunzătoarea lui – o bucată de pânză de sac poștal cusută la poalele cămășii. «Nici în rai nu capeți așa ceva !»”.
O sursă de calitate în această privință, ca și în multe alte aspecte ale vieții clandestine, este Herman Melville, *op. cit.*, p. 47 :
„În afară de sac și de hamac, n-ai unde să-ți păstrezi lucrurile. Dacă-ți lași vreun obiect și-ți întorci o clipă spatele, mai mult ca sigur că obiectul dispare.
Schițând planul preliminar al memorabilului meu cojocel alb și punându-i bazele, eu mă gândisem la toate aceste inconveniente, pe care eram hotărât să le evit. Cojocelul meu trebuia să-mi țină nu numai de cald, dar și să fie astfel croit încât să poată adăposti o cămașă sau două, o pereche de pantaloni, și diverse mărunțișuri – unelte de cusut, pesmeți și așa mai departe. În acest scop, îl prevăzusem cu o sumedenie de buzunare – minuscule cămări, garderobe și bufete.
Principalele încăperi, două la număr, erau situate pe margini, având o intrare largă, ospitalieră, pe dedesubt ; alte două cămări, cu o capacitate mai redusă, erau plasate la piept, comunicând între ele prin niște ușițe, astfel încât, în caz de urgență, cele două buzunare de la piept să poată adăposti, contopindu-se, vreun obiect mai voluminos. Cojocelul meu mai avea și o mulțime de firide nevăzute, ascunse după paravan : ai fi zis că-i un vechi castel, plin de scări întortocheate, cripte și cabinete misterioase ; și, întocmai ca un scrin din vechime, avea o sumedenie de nișe minuscule și comode, pentru depozitarea obiectelor de preț.
La acestea se adăugau patru buzunare încăpătoare, în exterior – două pentru ascunderea grabnică a cărților, în clipa când eram deranjat brusc din studiile făcute pe verga rândunicii mari, iar celelalte două destinate mănușilor, în care-mi vâram mâinile în timpul carturilor din nopțile geroase”. [versiunea în limba română : *op. cit.*, pp. 55-56 – n.t.]

Aș vrea să repet că existau motive întemeiate pentru purtarea tuturor acestor obiecte asupra persoanei. Multe dintre articolele utilitare ale vieții de zi cu zi, cum ar fi săpunul, hârtia igienică sau cărțile de joc, aflate la dispoziție în mod curent în viața civilă, nu le sunt disponibile în egală măsură și pacienților, astfel că necesarul pe o zi trebuie acoperit parțial la începutul ei.

Pe lângă tainițele portabile se foloseau și tainițe fixe. Unii pacienți încercau să-și țină obiectele de valoare sub saltea – dar, după cum am arătat anterior, regula generală a spitalului, conform căreia accesul în saloane era interzis pe timpul zilei, reducea utilitatea acestei tehnici. Uneori se foloseau marginile pe jumătate ascunse ale pervazurilor de fereastră. Pacienții cu camere individuale și relații prietenoase cu îngrijitorul își foloseau camera drept tainiță. Pacientele ascundeau uneori chibrituri și țigări în pudrierele pe care le lăsau în salon[1]. Iar o poveste ilustrativă din spital vorbea despre un bătrân care, se spune, își ascunsese banii, o mie două sute de dolari, într-o cutie de trabucuri, iar cutia – într-un copac din curtea spitalului.

Ar trebui să fie evident faptul că unele îndatoriri ofereau, de asemenea, posibile tainițe. Unii pacienți care lucrau în spălătorie foloseau dulăpioarele individuale alocate, în mod oficial, doar lucrătorilor obișnuiți. Pacienții care lucrau la bucătăria din clădirea de recreere foloseau dulapurile și frigiderul ca locuri în care să-și încuie alimentele și băuturile pe care le adunau și le puneau deoparte în diferitele ocazii speciale, precum și alte lucruri pe care reușiseră să le dobândească.

---

1. Descrierea unor tainițe alcătuite cu grijă în instituțiile totale, mai ales în închisori, este dătătoare de inspirație. Iată exemplul unui deținut condamnat pentru refuzul de a-și satisface stagiul militar, motivat de convingerile personale, aflat la carceră (Cantine și Rainer, *op. cit.*, p. 44): „Oamenii îmi aduceau pe ascuns mâncare de la popota ofițerilor : ouă pentru ofițeri, brânză pentru ofițeri. Îmi aduceau produse de patiserie și dulciuri. În mai multe ocazii, gardianul a simțit mirosul puternic al brânzei și a întors celula pe dos. Brânza se afla pe o policioară prinsă permanent sub tăblia mesei. Gardianul perplex adulmeca, vâna. Dar policioara ascunsă și brânza n-au fost găsite niciodată".
   Un deținut dintr-o închisoare britanică relatează tentativa de evadare a unui toboșar devenit lăcătuș (Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, p. 133): „Jacobs a rupt-o la fugă spre atelier și a împins cheia proprie în încuietoare. Gardianul s-a luat după el. În timp ce Jacobs învârtea cheia, pe umăr i s-a așezat o mână grea. A fost escortat în mod rușinos înapoi în celulă. A urmat o percheziție de o meticulozitate fără precedent și astfel a fost dezlegat, în cele din urmă, un vechi mister de la Dartmoor : misterul tainiței lui. Pile, pânze de bomfaier, dălți, chei brute, un ciocan și multe alte articole au fost descoperite toate, agățate cu bucăți de sfoară, înăuntrul tobei sale".

II

Dacă se folosesc tainițe fixe, atunci, evident, trebuie concepute metode de a aduce obiectul în tainiță, de a-l scoate de acolo și de a-l duce în locul unde va fi întrebuințat. În orice caz, pentru ca adaptările secundare să poată fi realizate cu eficiență, trebuie găsit un mijloc neoficial, de obicei ascuns, de a transporta obiectele relevante – pe scurt, un *sistem de transport*. Toate sistemele legitime de transport pot fi folosite în viața clandestină, căci pentru fiecare sistem există reguli privitoare la cei care îl pot folosi și la scopurile în care poate fi folosit – în consecință, există posibilitatea de a fi exploatat. Dacă individul are o anumită libertate de mișcare, cum este cazul pacienților cu dreptul de a circula liber pe teritoriul spitalului, atunci, desigur, o tainiță portabilă funcționează și ea ca mijloc de transport. Printr-un sistem de transport pot fi circulate cel puțin trei tipuri diferite de lucruri: corpuri omenești, obiecte și mesaje scrise ori verbale.

Situații faimoase de transport ilicit de corpuri omenești pot fi găsite în lagărele pentru prizonieri de război[1] și (în contextul societății ca întreg) în tunelele subterane; în ambele cazuri se poate crea o rută stabilă de evadare, în locul unui demers izolat. Exemplele cotidiene de transport ilicit de persoane au legătură nu cu evadarea, ci cu deplasarea de rutină. Poate fi citat un exemplu din Spitalul Central: din moment ce teritoriul împrejmuit al spitalului acoperea peste o sută douăzeci de hectare, se foloseau autobuze pentru transportul intern al pacienților: spre și dinspre locul de muncă, spre și dinspre clădirile de medicină generală și chirurgie și așa mai departe. Pacienții cu dreptul de a circula liber care cunoșteau orarul autobuzelor așteptau uneori autobuzul și încercau să obțină, prin milogeală, transportul până în altă parte a campusului, pentru a evita să meargă pe jos[2].

---

1. Vezi, de pildă, Reid, *op. cit.*, și Eric Williams, *The Wooden Horse* (Berkley Publishing Corp., New York, 1959).
2. Nu cred să existe multe sisteme de transport pe care să nu le folosească nimeni în mod ilegal. Obiceiul american adânc înrădăcinat de a călători cu trenul de marfă constituie un exemplu cuprinzător; un alt exemplu important îl reprezintă „autostopul”. Pe timpul iernii, în nordul Canadei, înainte să se întrebuințeze pe scară largă camioanele în mediul rural, principalul mijloc de transport pe trasee mai lungi folosit de băieți era să „prindă” la autostop o sanie cu cai. O trăsătură interesantă a tuturor acestor forme extrem de răspândite de parazitare a transporturilor este mărimea entității sociale implicate în respectiva adaptare secundară: un oraș, o regiune și chiar o țară întreagă.

Sistemele de transport ilicit al *obiectelor* sunt, desigur, frecvente și n-ar putea fi omise din nici un studiu asupra adaptărilor secundare. Arta venerabilă a contrabandei furnizează cele mai importante exemple ; indiferent dacă punctul de referință este un stat național[1] sau o instituție socială[2], pot fi citate numeroase mecanisme de transport mascat.

Spitalele de psihiatrie furnizează propriile exemple caracteristice, între care se numără tehnici tolerate frecvent la modul neoficial. De pildă, în Spitalul Central, secțiile aflate relativ departe de bufet își elaboraseră un sistem neoficial de comenzi și livrări. De două sau mai multe ori pe zi, cei dintr-o astfel de secție – atât angajații, cât și pacienții – făceau o listă și adunau banii necesari ; un pacient cu dreptul de a circula liber se ducea la bufet și cumpăra cele comandate, pe care le aducea înapoi într-o cutie de trabucuri – instrumentul neoficial folosit de secții în acest scop.

Pe lângă aceste practici colective relativ instituționalizate mai existau și multe altele, individuale. În aproape toate secțiile cu saloane încuiate existau unul sau mai mulți pacienți cu dreptul de a circula pe teritoriul spitalului și în fiecare secție deschisă existau pacienți cu dreptul de a ieși în oraș. Acești pacienți privilegiați se aflau într-o poziție excelentă pentru a juca rolul de comisionari și îl

1. Spre exemplu, vezi recenta monografie a lui Neville Williams, *Contraband Cargoes* (Longmans, Toronto, 1959).
2. Pentru tehnicile de a aduce prin contrabandă băuturi alcoolice la bordul unei fregate, vezi Melville, *op. cit.*, pp. 175-176. [versiunea în limba română : *op. cit.*, vol. I, pp. 256-259 – n.t.] Exemplele ilustrative din închisori abundă, firește. De pildă, Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, p. 103 : „Situația încordată a materialelor de lectură la Dartmoor este însă întru câtva ușurată de o mică armată de cărți numite «plutitoare». Este vorba despre cărți care au ieșit cumva din bibliotecă, fără a fi date în responsabilitatea vreunui deținut. Altele au fost aduse pe ascuns în închisoare, din afară. Aceste cărți – cele mai multe, operele regretatului Peter Cheyney – duc o existență ascunsă, clandestină, cam la fel ca infractorii fugari. Trec din mână-n mână, fiind purtate sub cămașă ori sub jachetă. Zboară misterios în celula ta drept când trece supraveghetorul de palier ; se furișează pe sub tăblia meselor, în cantină, la ora de masă ; se ascund pe rezervorul de apă în pauze. Iar în cazul unei percheziții inopinate, sar precipitat pe ferestre, spre a nu fi descoperite și arestate. O stare de lucruri care, probabil, l-ar fi amuzat și încântat pe creatorul lor”. În mod asemănător, Howard Schoenfeld, în Cantine și Rainer, *op. cit.*, p. 23, își descrie experiența într-o celulă de izolare : „Am ajuns să aștept cu nerăbdare orele de masă, când un deținut pe care prezența gardianului îl împiedica să-mi vorbească îmi aducea o tavă în celulă. Într-o seară am descoperit o țigară și un chibrit lipite cu grijă pe dosul tăvii”.

jucau adeseori, indiferent că o făceau din simpatie, din obligație, sub amenințarea că vor avea necazuri ori fiindcă li se promiteau recompense. Ca urmare, bufetul pacienților și magazinele din vecinătate erau accesibile, indirect, multor pacienți. Mai trebuie adăugat că, deși unele obiecte transportate par insignifiante, în contextul privațiunii, ele pot căpăta foarte mare importanță. Astfel, spitalul avea un pacient suicidar, închis în secție și aflat într-o depresie profundă, care considera că poate depăși cu bine ziua dacă are la dispoziție bomboanele preferate și simțea o mare recunoștință față de persoana care i le cumpăra. Timbrele, pasta de dinți etc. puteau, de asemenea, să fie cumpărate de la bufet și transmise cu ușurință și adeseori destinatarul le considera o binecuvântare.

Pe lângă circulația corpurilor omenești și a obiectelor, la fel de importantă este circulația *mesajelor*. Sistemele clandestine de comunicație par a constitui un aspect universal al instituțiilor totale.

Un tip de comunicare clandestină este cel față în față. În închisori, deținuții au elaborat o tehnică de a vorbi fără să miște buzele și fără să privească chipul persoanei cu care discută[1]. În instituțiile religioase, dintre care unele au în comun cu închisorile și cu școlile trăsătura distinctivă a regulii tăcerii, pare să se elaboreze un limbaj prin gesturi, suficient de mobil pentru ca persoanele din respectiva instituție să-l folosească chiar și pentru glume[2]. În această privință, spitalele de psihiatrie ne oferă un material interesant.

După cum am arătat anterior, în secțiile de irecuperabili de la Spitalul Central, mulți pacienți se încăpățânau în atitudinea de a nu iniția și de a nu răspunde la inițiativele de comunicare de tipul deschis, standard. Reacția la o afirmație era ori lentă, ori prezentată într-un mod care să sugereze că, de fapt, afirmația nu a fost recepționată. Pentru acești pacienți, retragerea în muțenie constituia atitudinea oficială – probabil o apărare atât împotriva îngrijitorilor pisălogi, cât și împotriva celorlalți pacienți, acceptată fără prea mare tragere de inimă drept simptom psihiatric legitim. (Se pare că acceptarea se datora dificultăților foarte mari în a diferenția această aliniere la stilul secției de manifestările involuntare ale pacienților cu importante deficiențe neurologice ireversibile.) Desigur că această atitudine retractilă, o dată asumată, devenea o angajare cu propriile ei restricții. Pacienții muți trebuiau să primească îngrijirile medicale fără a-și exprima verbal teama; trebuiau să suporte abuzuri fără să replice și să-și ascundă receptivitatea la cele ce se petreceau în secție

1. Un exemplu din închisorile britanice se găsește în Jim Phelan, *The Underworld* (Harrap & Co., Londra, 1953), pp. 7-8, 13.
2. Vezi Merton, *op. cit.*, p. 382; Hulme, *op. cit.*, p. 245.

și interesul față de respectivele întâmplări. Ei se vedeau siliți să renunțe la multe dintre micile tranzacții, micile schimburi ale vieții sociale cotidiene.

Ca să-și păstreze opțiunea de a face pe surzii și pe orbii și, totuși, să depășească restricțiile de comunicare astfel apărute, unii pacienți din secțiile de irecuperabili păreau să folosească între ei un set special de convenții de comunicare. Când voiau să obțină ceva de la alt pacient ori să-i ofere ceva, mai întâi îl priveau în ochi, pe urmă se uitau la obiectul în cauză – un ziar, un pachet de cărți de joc sau porțiunea alăturată de pe o banchetă din secție –, apoi din nou în ochii celuilalt pacient. Acesta putea să întrerupă în acel moment comunicația, vrând să spună „Nu!” prin aceasta ; putea să se depărteze de obiect, ceea ce însemna că este dispus să renunțe la el, ori, dacă obiectul nu-i aparținea, să se apropie de el, arătând astfel că-l vrea și este dispus să-l accepte. În felul acesta, cererea sau oferta, precum și acceptarea sau respingerea puteau fi făcute fără ca pacientul să renunțe la masca lipsei totale de comunicare. Deși acest sistem de comunicare pare foarte limitat, prin intermediul lui se puteau transmite o serie întreagă de lucruri. Trebuie adăugat că, uneori, câte un pacient care juca rolul unuia lipsit de simțul realității alegea în mod preferențial o persoană anume în prezența căreia să iasă din granițele rolului[1]. În paranteză fie spus, această posibilitate pare să stea la baza unor relatări exemplare despre „stabilirea contactului”, istorisite de unii angajați cu referire la capacitățile terapeutice proprii sau ale psihiatrului pe care îl preferau.

Pe lângă exploatarea mijloacelor clandestine de comunicare directă, persoanele din instituțiile totale își elaborează sisteme mediate[2] (pentru

1. O relatare autobiografică anonimă, prezentată în Johnson și Dodds, *op. cit.*, p. 62, sugerează o situație asemănătoare : „În secția aceea se aflau peste patruzeci de pacienți, iar dintre aceștia, doar doi erau în stare să poarte o conversație susținută : o alcoolică, internată acolo de treisprezece ani, și o invalidă care-și trăise întreaga viață în diverse instituții. Mi-am dat seama imediat că aceste două surori sunt femei competente și bine intenționate. După două zile au renunțat la obiceiul de a-mi răspunde prostește la întrebări și pe urmă amândouă m-au tratat echitabil și au ales să converseze cu mine ca și cum aș fi fost sănătoasă psihic”.
2. Un exemplu se găsește în capitolul lui James Peck din Cantine și Rainer, *op. cit.*, p. 68, unde se arată cum comunicau între ei greviștii din închisoare : „Dar cea mai amuzantă însemnare [în caietul de însemnări zilnice ale gardienilor, pe care Peck l-a văzut din întâmplare] era următoarea : «Am descoperit o metodă ingenioasă pe care o foloseau ca să-și trimită publicații periodice dintr-o celulă în alta și i-am pus capăt».
   Până atunci, numeam aceste șmecherii «curieri», dar de atunci le-am schimbat prompt denumirea în «metodă ingenioasă». Le inventaserăm

care termenul folosit în închisorile americane este „kiting”*) și uneori exploatează sistemele oficiale aflate deja în folosință[1].

În Spitalul Central, pacienții făceau unele eforturi de a exploata sistemele de comunicare existente. Un pacient care lucra în cantina

---

în prima zi a grevei. În jurul țevilor de la calorifere, acolo unde intrau în perete, erau prinse acele discuri de metal care se găsesc în orice casă cu încălzire centrală. Cum erau suficient de subțiri pentru a trece pe sub uși, le-am scos și am legat de ele sfori lungi de doi metri și jumătate. La început, ne făceam sforile din baierele pungilor de tutun Bull Durham (numit Stud in Danburry), pe care-l distribuia închisoarea. Apoi am pus mâna pe o hartă veche, cu ajutorul căreia ne-am descurcat pe tot restul grevei. La celălalt capăt al sforii legam ziarele sau biletele care trebuiau trimise. Apoi ne așezam pe pardoseală și făceam vânt discului metalic pe sub ușă, de partea cealaltă a coridorului, până-n celula de vizavi sau în una dintre celulele alăturate ei. Omul din celula respectivă trăgea de sfoară până când mesajul ajungea la el. Parcurgând astfel întregul coridor în zig-zag, puteam ajunge la toți greviștii”.

* Termen intraductibil de argou, însemnând, în lumea interlopă, scrisoare sau bilet traficat „înăuntru” sau „afară” într-o închisoare (de la *kite* – „zmeu”, în limba engleză) (n.t.).

1. În închisori, unde corespondența suporta restricții în privința frecvenței cu care putea fi primită, a conținutului și a destinatarului, se folosesc uneori coduri. Don Devault, un deținut din McNeil Island, ne oferă un exemplu ilustrativ (Cantine și Rainer, *op. cit.*, pp. 92-93): „În general, scrisorile erau cenzurate doar atunci când încălcau în mod specific unul dintre cele zece puncte prevăzute pe formularul de respingere. Spre exemplu, mi s-a respins o scrisoare fiindcă în ea îi ceream mamei să-mi copieze scrisorile și să le trimită prietenilor mei. Cenzorul a spus că am încălcat regula ce privește încercarea de a coresponda cu parteneri neautorizați prin intermediul celor autorizați. Însă când am reformulat scrisoarea, i-am spus mamei că am aflat, scriindu-i într-o scrisoare care mi-a fost respinsă, că nu am voie să-i cer să-mi copieze scrisorile și să le trimită altora și că nu vreau să încalc regulile etc. Cenzorul a acceptat această formă. În plus, mama cita mereu din scrisorile pe care le primea pentru mine și o făcea complet pe față și totul ajungea la mine, fără cenzură. Eu răspundeam vorbind, pur și simplu, *despre* persoana cu care nu aveam voie să corespondez, în loc să-i spun «Scrie-i cutăruia». Din astfel de motive, noi, cei de la McNeil, nu luam cenzura scrisorilor prea în serios [...]”. O altă cale ocolită descrie Hulme, *op. cit.*, p. 174, când arată cum era măsurat anul:
„Mai erau cele patru scrisori, câte avea voie să trimită anual familiei ei, fiecare de câte patru pagini, nici o propoziție în plus, decât cu permisiune specială, pe care o cerea rareori; în schimb, și-a micșorat scrisul îndrăzneț, colțuros, până la subțirimea firului de păianjen, reușind astfel să-i încapă mai multe rânduri pe pagină, și s-a văzut scriind, în cele din urmă, la fel ca toate surorile din mănăstire”.

personalului sau avea prieteni care lucrau acolo putea folosi uneori telefonul interior din bucătărie ca să-i informeze pe cei din propria secție, aflată la o distanță oarecare, că nu va veni la cină (pacienții cu dreptul de a circula liber pe teritoriul spitalului aveau, de asemenea, dreptul de a sări peste o masă, dacă informau dinainte personalul din secția sa). Participanții la terapia prin dans puteau face uz de telefonul din micul birou din subsolul unde aveau loc ședințele terapeutice, iar cei care participau la diferitele producții teatrale puteau întrebuința, după bunul-plac, telefonul interior din culise. Desigur că persoana sunată trebuia să încalce puțin câte o regulă, la rândul ei, ca să obțină acces la un telefon, așa că o convorbire izbutită prin telefonul interior, între doi pacienți sau între un pacient și un îngrijitor sau alt angajat dispus să facă acest lucru, constituia, într-o oarecare măsură, un motiv de faimă, fiind un semn că pacientul în cauză „o duce bine” în spital. Și telefoanele publice de pe teritoriul spitalului erau uneori exploatate. Aflându-se la un anumit telefon public în fiecare zi, la aceeași oră, un pacient cu dreptul de a circula liber pe teritoriul spitalului reușea să vorbească zilnic cu iubita lui, care îl suna de oriunde reușea să găsească un telefon[1].

Sistemele de transmisie ilicite, indiferent dacă sunt folosite pentru circulația persoanelor, a obiectelor sau a mesajelor, au anumite trăsături generale remarcabile. O dată elaborat un sistem de transmisie, există șansa ca indivizii care îl folosesc să izbutească să transmită mai multe tipuri de obiecte, nu doar unul singur. După cum a arătat Gresham Sykes, aceasta înseamnă, din punctul de vedere al conducătorilor instituției, că un demers care constituie inițial o încălcare a regulilor minoră și cât se poate de simplă poate deveni baza operațională pentru transportul unor articole de contrabandă interzise cu desăvârșire[2].

Un alt aspect general al sistemelor de transmisie constă în aceea că oricare instituționalizat a cărui îndatorire îi cere să facă turul instituției va fi ales, probabil, în mod firesc, să îndeplinească rolul

1. Este o adaptare secundară modestă cu privire la folosirea unei cabine telefonice. În studiul său bine cunoscut despre Jollity Building, o clădire administrativă insignifiantă de pe Broadway, în New York, A.J. Liebling descrie utilizarea intensă a telefoanelor publice din holul central al acelei clădiri folosite ca „birouri” pentru afaceri. Vezi cartea lui, *The Telephone Booth Indian* (Penguin Books, New York, 1943), pp. 31-33. El sugerează că, prin acord reciproc, aceste cabine deveneau teritorii personale cu orar fix pentru întreprinzătorii cu buzunarele goale care le foloseau.
2. Gresham Sykes, „The Corruption of Authority and Rehabilitation”, *Social Forces*, XXXIV (1956), p. 259.

de curier și va sfârși prin a-și îndeplini datoria astfel, indiferent dacă o va face din proprie dorință sau ca urmare a presiunii tovarășilor săi[1]. Tot astfel, angajații din eșalonul inferior, cărora situația le cere să se deplaseze cu regularitate în comunitățile din împrejurimi, ca și persoanele din afară care au contact regulat cu instituționalizații, vor fi supuși, foarte probabil, presiunilor de a deveni curieri de contrabandă[2].

---

1. Vezi, spre exemplu, Bernard Phillips, în Cantine și Rainer, *op. cit.*, pp. 103-104: „Livrarea și coordonarea generală a mesajelor erau sarcini delegate omului care deservește un șir de mai multe celule și care aranjează schimburile de obiecte. Aceste îndatoriri și altele, cum ar fi cea de curier pentru cărțile de la bibliotecă și pentru scrisori, precum și cea de distribuitor al hranei, erau căutate de persoane extrem de sociabile. N-ai nevoie de mulți prieteni apropiați; aproape orice om suficient de liber pentru a ajunge la celula ta va face comisioane și va îndeplini sarcini care, «afară», ar fi fost încredințate doar prietenilor apropiați. Dacă nu face aceste lucruri, nu va trece mult timp până să dea de necaz în slujba lui plăcută".
   Hayner și Ash, *op. cit.*, p. 367, ne oferă un exemplu ilustrativ asemănător din Școala de Corecție de la Monroe a statului Washington: „Uneori se face un fond comun de bani, la care pot contribui mulți instituționalizați. Câștigătorul se alege cu o sumă substanțială, dar și promotorul are un câștig. Băieții care fac parte din echipa educațională pot foarte ușor să joace rolul de promotori. Cum trebuie să facă, în fiecare seară, turul tuturor palierelor pentru a livra «temele acasă» ori pentru a-i ajuta pe ceilalți cu problemele de școală, au posibilitatea să se întâlnească cu toți ceilalți și să afle dacă vor să participe la fondul comun. În același mod se poate face plata câștigătorilor".
   Pentru un exemplu dintr-o închisoare britanică, vezi Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, p. 93:
   „Slujba de om de serviciu pe palier era foarte diferită de celelalte tipuri de sarcini cotidiene obișnuite. [...] Presupunea, în principal, să faci comisioane pentru ofițerul de palier, să alcătuiești liste și să preiei cererile de întrevedere cu guvernatorul și cu capelanul etc. Slujba aducea cu sine o anumită libertate pe palier, ocazia de a livra noutăți și cărți în celelalte celule și, în general, înveselirea rutinei monotone".
2. Spre exemplu, Hayner și Ash, *op. cit.*, p. 367: „Oamenii din acest grup [*deținuți care făceau munci agricole și rămâneau peste noapte la ferma în cauză*] aveau ocazia de a lua tot felul de obiecte de pe marginea drumului – obiecte lăsate de șoferii în trecere, peste noapte. Localizarea ascunzătorii se stabilește dinainte, în timpul unei vizite făcute câte unui deținut de la școala de reeducare. Un membru al personalului permanent de la fermă ia banii și-i dă unui angajat care lucrează la fermă doar ziua".

Structura socială

Din prezentarea sistemelor de transport clandestine am aflat că, în anumite situații, consumatorul produselor transportate fără autorizație poate fi, de asemenea, persoana care le transportă. Dar în multe cazuri, destinatarul livrărilor neautorizate folosește în mod regulat efortul altcuiva. Adaptând cu regularitate eforturile altcuiva la propriile stratageme, individul poate mări considerabil gama și amploarea adaptărilor sale secundare, inclusiv a celor care nu se bazează în principal pe sisteme de transport. Din moment ce folosirea unei alte persoane constituie un aspect important al vieții instituționalizaților, trebuie să încercăm să-i examinăm formele, precum și elementele de organizare socială aflate la baza lor.

I

Unul dintre modurile în care un individ poate să încorporeze eforturile altuia în propriile planuri se bazează pe folosirea neraționalizată a forței sau pe ceea ce s-ar putea numi *coerciție particulară* : în acest caz, cel care ajută o face nu pentru că astfel își va îmbunătăți situația de moment, ci fiindcă nesupunerea va fi suficient de costisitoare ca să-l facă să înțeleagă că supunerea nu ține de voința sa ; iar cel care solicită ajutorul nu oferă nici un pretext pentru legitimitatea cererii sale[1]. Fără să iau în discuție aici amestecul acestei coerciții în cooperarea „voluntară”, vreau să arăt că, în instituțiile totale, viața instituționalizaților poate fi puternic marcată de coerciția particulară simplă ; exproprierea fățișă, șantajul, tehnicile violente, supunerea sexuală forțată reprezintă metode ce pot fi folosite fără explicație rațională, ca mijloc de a supune activitățile altcuiva la planurile personale ale individului[2]. Când astfel de coerciții intră în rutină,

1. În spitalele de psihiatrie, folosirea de către angajați a forței fizice în scopuri prezentate ca legitime constituie o trăsătură fundamentală a vieții pacienților ; unele forme, cum ar fi hrănirea forțată, împiedicarea suicidului sau protejarea unui pacient în fața atacurilor altuia nu prea sunt criticate.
2. O prezentare utilă a acestei chestiuni poate fi găsită în Gresham Sykes, *The Society of Captives* (Princeton University Press, Princeton, 1958), pp. 91-93, unde autorul arată că unul dintre rolurile neoficiale existente în închisori, cel de „gorilă”, se bazează pe posibilitatea actelor de exploatare coercitivă.

apar alte întrebări interesante : cât timp pot rămâne fățișe și după cât timp vor fi reglementate printr-o reciprocitate sau printr-o justificare morală demonstrativă ?

După cum am arătat în paginile despre „locuri”, în Spitalul Central, atitudinea de ignorare a realității pe care o adoptau mulți pacienți din secțiile de irecuperabili crea o situație deschisă coercițiilor personale ; deseori, se știa cu certitudine că acești pacienți nu vor protesta și, ca urmare, puteau fi exploatați după bunul-plac. Spre exemplu, dacă, din cine știe ce motive, un pacient își definea picioarele ca nefiind o parte a propriei persoane care să-l preocupe, se expunea posibilității ca alt pacient să i le dea la o parte ca să ia taburetul pe care și le ținea sau ca un altul să i le folosească drept pernă, fără a cere voie. Așadar, este de înțeles că îngrijitorii făceau uneori glume despre rolul de „Svengali”*, arătând spre câte un pacient care se specializa în exploatarea rece a altuia, cum a fost cazul unui pacient din Spitalul Central despre care se spune că, vrând să-și păstreze un loc bun în fața televizorului și, în același timp, să bea un pahar cu apă, a folosit alt pacient ca să-i păstreze locul, punându-l să stea pe scaunul râvnit cât timp el s-a dus să bea apă și ridicându-l de acolo la întoarcere.

II

Un important mod în care un individ îl poate folosi pe altul constă în a-l angaja în tranzacții economice cinstite, prin vânzare sau schimb. O persoană contribuie la planurile alteia doar dacă se precizează explicit, în prealabil, ce anume va primi în schimb ; de la cine primește nu este relevant : un automat sau o firmă cu vânzări prin poștă reprezintă surse la fel de bune ca o persoană. Între condițiile sociale necesare pentru acest gen de cooperare se numără un grad oarecare de încredere reciprocă în privința realității aflate dincolo de aparența a ceea ce oferă fiecare dintre indivizi, un anume consens privind prețul potrivit, unele mecanisme de a exprima o ofertă și de a o susține ferm și convingerea că este corect să se folosească persoanele și bunurile în această manieră. Se poate spune că efectuarea unui schimb economic „exprimă” aceste condiții sociale, în sensul de a conferi semne sau dovezi ale existenței lor. Mă voi ocupa ulterior

---

* Nume generic acordat indivizilor care îi domină complet pe alții, de obicei în scopuri egoiste sau malefice ; după numele hipnotizatorului malefic din romanul *Trilby* de George Du Maurier (n.t.).

de faptul că în orice situație socială reală, procesul de schimb economic va fi modificat de influența unor acorduri sociale suplimentare ; în acest moment mă limitez la a arăta că, în cazul schimburilor neautorizate sau ascunse, încrederea în partenerul de tranzacție trebuie să fie relativ mare, din moment ce se poate dovedi că lucrează sub acoperire pentru autorități sau că va duce dovezi autorităților, ori că nu-și îndeplinește partea de schimb în mod corect, bazându-se pe caracterul clandestin al tranzacției pentru a evita acțiunile corecționale oficiale.

În Spitalul Central, la fel ca în majoritatea instituțiilor totale moderne, pacienții aveau voie să cheltuiască bani la bufetul destinat lor și la diferitele automate de dulciuri. Însă, la fel ca în alte instituții totale, aceste cumpărături suportau o mai mare limitare decât în lumea din afară. În primul rând, sursa și suma de bani erau stabilite dinainte. La internare, pacientul trebuia să-și predea toți banii pe care-i avea asupra lui în numerar și să renunțe la dreptul de a dispune după voie de economiile proprii ; în schimb, i se permitea să primească o sumă mică, în mod regulat, de la biroul spitalului care se ocupa de fondurile pacienților[1]. Pentru a obține sume suplimentare din creditul personal de spital sau, în cazul pacienților internați de foarte mult timp, pentru creșterea alocației lunare de la zece la douăzeci de dolari, era nevoie de un ordin oficial, semnat de șeful secției. Cum se presupunea că spitalul acoperă toate „nevoile" pacienților, acestora li se interzicea oficial să câștige bani în schimbul serviciilor prestate în spital[2]. În al doilea rând, gama de articole comercializate era limitată, comparativ cu piața liberă din afară : la bufetul pacienților nu se permitea, de exemplu, vânzarea chibriturilor, a băuturilor alcoolice, a lamelor de ras sau a contraceptivelor, iar piața pentru articole vestimentare importante era considerată prea mică pentru ca acestea să existe în stoc. În sfârșit, pentru pacienții fără dreptul de a circula liber pe teritoriul spitalului, accesul oficial la bufet era permis doar când pacienții erau duși acolo în grup sau când

1. În unele instituții totale, mai cu seamă în închisori, regulamentul poate cere ca instituționalizații să utilizeze chitanțe de mână sau un aranjament de creditare cu bufetul, în loc de bani ; de obicei, ambele metode sunt considerate privaționiste.
2. Pacienții cu experiență ca deținuți afirmau uneori că una dintre marile calități ale închisorilor consta în aceea că, de obicei, individul poate să câștige și să economisească sume mici de bani. Câteva spitale psihiatrice au experimentat munca plătită și, în branșa psihiatrică, există opinia (pe care o împărtășesc cu hotărâre) că acest lucru ar crește în mare măsură tolerabilitatea vieții de spital.

li se permitea să combine mersul la bufet cu participarea la un spectacol de divertisment în clădirea de recreere alăturată.

După cum ne putem aștepta, date fiind cunoștințele cu privire la alte situații, pacienții găseau modalități de a ocoli restricțiile de folosire a banilor[1]. Pacienții făceau eforturi pentru ca finanțele lor să nu ajungă sub controlul administrației, în parte fiindcă se considera că funcționarii folosesc un fel de test al mijloacelor finaniare: în funcție de capacitatea fiecăruia de a plăti, pacienților li se cerea să achite o parte a contravalorii îngrijirii lor. Un pacient care primea pensie de veteran afirma că a reușit să împiedice ajungerea pensiei pe mâinile spitalului convenind cu proprietara clădirii în care locuise înainte de internare să o ridice ea și să i-o păstreze. Alții foloseau sistemul de depuneri prin poștă pentru a-și alimenta un cont asupra căruia doar ei aveau control. Unii pacienți recent internați încălcau fără zarvă regulile spitalului și continuau să scrie, din spital, cecuri plătibile la băncile locale. Pacienții afirmau că unii indivizi încercaseră să îngroape bani pe terenul spitalului, spre a-i păstra în siguranță. Se întâmpla ca un pacient să-l folosească pe altul drept „bancă", uneori plătindu-i un onorariu pentru aceasta.

În Spitalul Central, caracterul ilicit al obiectelor și serviciilor cumpărate clandestin de pacienți, precum și al surselor financiare folosite clandestin variau în diferite grade.

Exista acțiunea strict interzisă de a cumpăra sau vinde băuturi alcoolice aduse în incinta spitalului prin contrabandă. Pacienții afirmau că, la un anumit preț, se putea obține băutură cu regularitate; deși am băut de câteva ori un pahar pe teritoriul spitalului, și cu îngrijitorii, și cu pacienții, nu cunosc personal existența unei piețe pentru acest produs. La fel, se părea că, ocazional, câteva tinere femei se prostituau pentru mai puțin de un dolar, dar nu am dovezi decisive în sprijinul acestei afirmații. Despre câțiva pacienți, atât

1. La nivelul comunității, acest fapt este bine documentat de E.W. Bakke, *The Unemployed Worker* (Yale University Press, New Haven, 1940); autorul arată cum, în timpul marii depresiuni, șomerii izbuteau să ocolească metoda bonului de cumpărături folosită pentru justificarea ajutorului social primit. Vezi „Loss of Function of Spending", pp. 355-359. Dostoievski, în *Memoirs from the House of the Dead* (traducere de Jessie Coulson; Oxford University Press, Londra, 1956), oferă informații interesante despre modurile în care deținuții dintr-o închisoare siberiană reușeau să obțină bani și să-i folosească (pp. 15-17), afirmând că (p. 16): „Banul e un fel de libertate sunătoare și de greutate, de neprețuit pentru un om cu totul lipsit de adevărata libertate". [versiunea în limba română: F.M. Dostoievski, *Casa morților*, Editura Remus Cioflec, București, 1944, traducere de Al. Iacobescu, p. 27 – n.t.]

colegii lor, cât și personalul știau bine că împrumută bani cu dobândă relativ ridicată – 25% pentru o perioadă scurtă, se spunea ; în aceste cazuri, părea că pe debitor îl preocupă mai mult rolul social pe care i-l aducea această afacere decât dacă își primea sau nu banii înapoi.

Alte servicii ce puteau fi obținute în schimbul unei anumite sume erau mai puțin tabu. Pacienții spuneau că pot obține călcarea pantalonilor la prețul de douăzeci și cinci de cenți perechea. Mai mulți foști frizeri profesioniști tundeau „bine”, luând în schimb țigări sau bani, această piață fiind rezultatul tunsorilor extrem de „proaste” făcute de obicei pacienților[1]. Un ceasornicar dintr-o clinică își crease o situație atât de solidă în ocupația lui, încât îi solicitau serviciile mulți membri ai personalului, dar și pacienți, la aproximativ jumătate din prețul cerut de obicei în lumea din afară. Doi pacienți aveau trasee de livrare a ziarelor pe teritoriul spitalului, iar unul dintre ei angaja alți pacienți care să-l ajute. Un pacient fără dreptul de a ieși în oraș îi plătea altuia, care avea acest drept, treizeci și cinci de cenți ca să-i ducă la curățătorie costumul și să i-l aducă înapoi (serviciu pentru care exista cerere, dar poate nu și tarif standard), iar unui lucrător din atelierul de cizmărie îi plătea ca să-i pună tocuri noi la pantofii civili.

Deși toate aceste servicii se prestau și erau plătite, nu toți pacienții le solicitau și nu toți pacienții le prestau. Una dintre activitățile comerciale cele mai răspândite era vânzarea de chibrituri – obiecte oficial interzise, dar a căror prezență în posesia pacienților se trecea cu vederea, excepție făcând acei pacienți considerați a nu prezenta încredere. Un pacient era cunoscut întregului spital ca vânzător de chibrituri, la prețul de un cent cutia ; cât era ziua de lungă, veneau la el pacienți pe care nu-i cunoștea, cu bănuțul în mână, ca să cumpere chibrituri.

Principala sursă de venituri a pacienților, pe lângă sumele autorizate sau aduse de rude, părea să fie serviciul de spălătorie auto. Angajații de la toate nivelurile erau clienți ai acestui serviciu, fie „cu abonament” în valoare de aproximativ doi dolari pe lună, fie plătind cincizeci sau șaptezeci și cinci de cenți pentru fiecare spălare. (Tariful

---

1. Un pacient extrem de popular, frizer profesionist, afirma că poate câștiga până la optzeci de dolari lunar, în spital, cu meseria sa. Venit din clădirea penală de maximă securitate, era uneori trimis înapoi pentru o infracțiune sau alta, comisă în contextul libertății condiționate de circulație pe teritoriul spitalului. Omul afirma că un efect ocupațional colateral al acestei exilări periodice consta în faptul că, de fiecare dată, își pierdea clientela și trebuia să și-o restabilească după ce-și recâștiga dreptul de a se întoarce în spitalul propriu-zis.

comercial obișnuit pentru o singură spălare era între 1,25 și 1,50 dolari.) Uneori, vizitatorii spitalului erau acostați, ca potențiali clienți, de spălătorii de mașini. De asemenea, unii pacienți ceruiau mașinile, dar pentru aceasta era nevoie de capital, ca să plătească ceara în avans, și de o persoană de legătură în afară, care să cumpere ceara. Serviciul de spălare a mașinilor, spre deosebire de majoritatea altor servicii din spital, dăduse naștere la o oarecare diviziune a muncii: un pacient vindea spălătorilor recipiente mari cu apă la prețul de cinci cenți bucata; un altul susținea că angajează alți pacienți să spele mașinile pentru care obținuse acceptul proprietarilor; un altul afirma că primește de obicei un comision de cincizeci de cenți pentru fiecare amator de ceruire a mașinii găsit.

Pacienții au ajuns să considere că spălarea mașinilor este prerogativa lor legitimă și că îndatoririle din spital îi împiedică în mod nedrept să câștige bani. Uneori se recurgea la ajustări neoficiale, astfel încât pacientul să-și poată îndeplini și sarcinile din spital, și să-i rămână timp pentru ceea ce numea uneori „munca lui adevărată”. Se poate adăuga că, deși existau câteva paciente care spălau mașini, se considera că această sursă de venit, la fel ca majoritatea celor neautorizate din spital, este potrivită doar pentru bărbați.

Existau și câteva modalități minore de a câștiga bani. Câțiva pacienți lustruiau pantofi, atât ai îngrijitorilor, cât și ai celorlalți pacienți. La jocurile de biliard între clinici, unii pacienți vindeau băuturi răcoritoare cu un oarecare profit. În câteva secții, pacienții cumpărau de la bufet praf concentrat de răcoritoare și vindeau băutura preparată astfel. Unul sau doi pacienți culegeau fructe de pădure din tufele de pe teritoriul spitalului și, când puteau, le vindeau soțiilor personalului rezident.

Uneori, pacienții vindeau tovarășilor lor articolele primite de la diferite servicii ale spitalului. Câteodată vindeau premiile câștigate la bingo când se întorceau din clădirea de recreere unde aveau loc jocurile. Țigările de calitate superioară împărțite la sfârșitul întrunirilor recreative ale întregului spital erau uneori vândute, la fel ca și cele primite de ajutoarele de la bucătărie în seara când o anumită organizație caritabilă din orașul învecinat organiza obișnuita petrecere cu dans, în clădirea de recreere. Alteori, pacienții vindeau îmbrăcămintea care li se elibera în spital; pe tutunul standard împărțit de spital pacienților se puteau primi uneori cinci cenți.

Câțiva pacienți se pare că reușeau să obțină bani într-un mod considerat ilicit atât în lumea din afară, cât și pe teritoriul spitalului, practica încadrându-se, ca atare, în categoria escrocheriilor mărunte. Se afirma că, în trecut, telefoanele publice de pe teritoriul spitalului fuseseră „aranjate” cu cauciuc, astfel încât să-i înapoieze utilizatorului

monedele. Se mai afirma că unele cărți din bibliotecă fuseseră furate și vândute și că, de asemenea, s-au furat câteva aparate de sport, vândute unor oameni din comunitatea învecinată cu spitalul[1].

Când o persoană instituționalizată plătește în mod necuvenit sume de bani pentru anumite bunuri sau servicii unei alte persoane care, în calitate de reprezentant al organizației respective, controlează și administrează oficial accesul la respectivele bunuri și servicii, putem vorbi despre mită. Se spune că acest fapt se întâmplă uneori în situațiile când un pacient obținea cameră individuală, dar dispun numai de dovezi neverificate și nu cred să fi fost un obicei încetățenit. În închisori, desigur, mituirea gardienilor este întâlnită foarte frecvent[2].

Până acum am descris rolul pe care-l joacă în viața clandestină a spitalului banii metalici și de hârtie folosiți în mod oficial în societatea generală. Acest mijloc de schimb are o serie de însușiri fiduciare bine cunoscute : ocupă spațiu puțin, poate fi manevrat și depozitat fără să se deterioreze, este greu de contrafăcut și toate bancnotele sau monedele cu aceeași valoare sunt egal acceptabile între ele ; poate fi folosit în scopuri contabile și de măsurare a valorii ; valoarea sa intrinsecă sau de comoditate nu este suficient de mare pentru a provoca o cerere mare și continuă care să perturbe rezervele. Pentru pacienți, moneda oficială, deși greu de depozitat, avea o valoare suplimentară : cu bani în buzunar, pacientul putea să exercite pretenții față de unele bunuri aflate dincolo de zidurile spitalului, putea să comunice într-o limbă înțeleasă în lumea din afară, deși, oficial, nu i se permitea s-o vorbească.

În instituțiile totale se dezvoltă adesea un mijloc de schimb neoficial, de substituție. Există descrierea unui caz de bani de hârtie

1. În lagărele europene pentru prizonieri de război, aprovizionarea celor din afară era uneori importantă, mai cu seamă în situațiile când pachetele de la Crucea Roșie conțineau articole cu o valoare foarte ridicată pe piața neagră, cum ar fi cafeaua. Vezi R.A. Radford, „The Economic Organisation of a P.O.W. Camp”, *Economica*, XI (1945), p. 192.
2. Argoul din închisorile britanice este foarte instructiv în această privință. Vezi Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, p. 25 :
„Cuvântul «bent» [care înseamnă «strâmb», dar și «necinstit» în limbajul argotic – n.t.] merită o explicație separată. Este folosit doar în forma de participiu trecut și denotă necinstea. Un gardian strâmb este unul care va coopera cu deținuții pentru introducerea pachetelor cu tutun de contrabandă la mititica. Pe un gardian nu poți să-l «strâmbi» : pentru ca lucrurile să fie și mai complicate, îl «îndrepți», probabil dându-i mită. Astfel, dacă îndrepți un gardian drept, el devine strâmb !”.
La pp. 91-94, Dendrickson și Thomas descriu mai multe moduri în care se pot trage foloase de pe urma unui gardian strâmb.

„fictivi”, apărut într-un lagăr pentru prizonieri de război[1]; însă în mod obișnuit, mijlocul de schimb clandestin este un bun dorit de toată lumea și cu limite considerabile când joacă rolul de bani. De cele mai multe ori, ca în cazul când țigările ajung să fie folosite drept mijloc de schimb[2], depozitarea poate constitui o problemă; echivalența între mărci este și ea problematică; scăderea calității prin amestecul cu alte produse se poate realiza ușor, iar consumul lor ca bun poate determina fluctuații ample ale valorii monetare.

Viața de spital ilustrează bine anumite limite caracteristice ale mijloacelor de schimb substitutive. La unele jocuri de pocher se

1. Radford, *op. cit.*, pp. 196 și urm. Autorul urmărește pas cu pas dezvoltarea unei economii limitate, „în umbră”, și m-am inspirat mult din ea. Lucrarea poate servi drept model celor care studiază viața clandestină.
2. Aceasta înseamnă că trebuie să existe o gamă largă de bunuri și servicii disponibile în schimbul țigărilor și că persoanele care nu fumează sunt dispuse, totuși, să accepte această formă de plată, în virtutea a ceea ce pot cumpăra cu ea. Spre exemplu, Radford, scriind despre lagărele germane pentru prizonieri de război (*op. cit.*, p. 193), afirmă:

   „De fapt, exista o piață a muncii embrionară. Chiar și atunci când nu se ducea lipsă de țigări, exista de obicei câte un individ nenorocos, dispus să efectueze servicii în schimbul lor. Oamenii de la spălătorie anunțau că vor două țigări pentru fiecare articol vestimentar spălat. Uniformele de luptă erau spălate și călcate pentru douăsprezece țigări, posesorul lor primind cu împrumut, pentru intervalul respectiv de timp, o pereche de pantaloni incluși în preț. Un portret pastel de calitate costa treizeci de țigări sau o cutie de tutun «Kam». Feluritele operații de croitorie și alte servicii aveau, de asemenea, prețul lor.

   Mai erau și serviciile oferite de întreprinzători. Exista un tip care avea o tonetă de cafea, unde vindea ceai, cafea și cacao la prețul de două țigări ceașca; își cumpăra materiile prime la prețul pieței și angaja oameni care să adune combustibil și să îngrijească focul”.

   Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 193, scriind despre închisoarea britanică Wormwood Scrubs, arată:

   „Acum, că prizonierii nu-și mai primesc leafa în bani, ci în bunuri de la bufet, tutunul și țigările sunt folosite în locul banilor. În închisoare, cine vrea să-i fie curățată celula plătește cuiva un număr de țigări făcute manual pentru treaba asta. Tot cu aceste țigări își poate cumpăra porții suplimentare de pâine și zahăr. În schimbul lor i se poate spăla cămașa ori i se pot modifica hainele de închisoare în atelierul de croitorie.

   Cu țigările subțiri, rulate manual, se poate cumpăra orice, chiar și trupul altui deținut. Așa că nu-i de mirare că-n fiecare închisoare din țară înflorește Piața Neagră a tutunului, condusă de «Baroni»”.

   Situația la Dartmoor, unde se fac pariuri pe baza rezultatelor la cursele de cai anunțate la radio, folosind ca monedă tutunul, este descrisă de Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, pp. 95-96. Pentru o versiune din închisorile americane, vezi Hayner și Ash, *op. cit.*, p. 366.

foloseau atât monede, cât și țigări drept jetoane, dar cei care câștigau țigări aveau tendința de a le păstra ca să le fumeze. La petrecerile cu dans din clădirea de recreere, un pacient se putea duce la bufet, la cerința altuia, ca să-i aducă o băutură răcoritoare sau un pachet cu țigări, cerând în schimb câteva țigări. Tot astfel, în unele secții de irecuperabili, pacientul care are o țigară de calitate poate evita să-i ceară umil, îngrijitorului, un foc, punând alt pacient să se ducă la îngrijitor cu țigara și s-o aprindă; în schimbul acestui serviciu, persoana care-l face primește cele câteva fumuri promise. În asemenea cazuri, persoanele implicate păstrează atitudinea celor care pun în aplicare un acord obținut prin negocieri la rece, nu un schimb de favoruri. Dar numai puțini pacienți păreau să dorească să cumpere astfel de servicii și puțini pacienți erau cunoscuți drept persoane dispuse să le execute.

Folosirea înlocuitorilor de bani (și nașterea unei valori speciale a monedei oficiale de afară) nu se putea extinde prea mult în Spitalul Central, fiindcă nici banii și nici bunurile nu suportau restricții atât de severe ca în unele închisori și lagăre pentru prizonieri de război[1]. Veneau atât de mulți vizitatori, încât exista un aflux constant de bani și produse, sub formă de cadouri de la rude. De asemenea, pacienții cu dreptul de a ieși în oraș puteau aduce pe teritoriul spitalului diferite produse fără a se teme că vor fi percheziționați la poartă, după cum pacienții cu dreptul de a circula liber pe teritoriul spitalului puteau foarte ușor să facă escapade în afară, fără a fi depistați[2]. Unele restricții suplimentare vizau economia țigărilor, din

---

1. Radford, *op. cit.*, descrie formarea unei piețe unificate, având o structură stabilă a prețurilor, modificări regulate ale nivelului prețurilor, speculă cu bunuri de perspectivă, arbitraj, emisie monetară, intermediari, stabilire de prețuri pentru evitarea tocmelilor și alte rafinamente ale unui sistem economic. Deși economia prizonierilor de război era inseparabil legată de economia liberă locală, se pare că apăreau și elemente noi pe piață, zilnic. Economia „din umbră" a Spitalului Central nu se putea lăuda cu nici una dintre aceste înflorituri.
2. Spitalul Central avea o politică omenoasă în privința pazei de la poartă. Pacienții care nu aveau dreptul de a ieși în oraș puteau de fapt să plece la plimbare și să se întoarcă, fără a exista prea multe șanse ca paznicii să-i oprească. Uneori, în cazurile când se vedea foarte clar că pacientul iese din spital fără să aibă acest drept, paznicii îl opreau cu calm și-l întrebau ce statut are. În plus, pacientul care dorea să iasă putea găsi mai multe locuri pe unde să escaladeze zidul de piatră și, de asemenea, mai multe locuri în care zidul era întrerupt și înlocuit cu gard din plasă de sârmă, prin care se putea trece ușor. Un traseu, cunoscut pacienților și angajaților, consta dintr-o potecă bine bătătorită, care traversa păduricea și ducea spre o gaură mare din gardul de sârmă. Prin aceste aspecte,

moment ce spitalul distribuia foiță și tutun cu relativă dărnicie celor cu o îndatorire stabilă sau celor care puteau afirma că „au dat o mână de ajutor”. În unele cazuri, „materiile prime” erau distribuite periodic indiferent dacă pacienții munceau sau nu pentru ele. Deși nimeni nu părea să agreeze prea tare țigările confecționate manual, ele aveau efectul de a stabili o limită superioară a valorii celor de calitate, căci acestea nu însemnau o țigară oarecare, ci una superioară, prestigioasă.

Mai trebuie menționată o ultimă sursă clandestină de bani și bunuri : jocurile de noroc[1]. Micile cercuri din spital dedicate acestei activități au fost deja descrise. Aici vreau doar să subliniez încă o dată faptul că, pentru a se putea aplica aceste modalități de a-i folosi pe alții, trebuie să existe acordurile sociale de tipul celor aflate la temelia unei piețe. Se mai poate adăuga doar că primirea unui individ ca participant acceptabil la o partidă de pocher sau de blackjack era uneori independentă de manifestarea simultană a simptomelor sale psihotice (îndeosebi dacă miza era apreciabilă, în comparație cu resursele participanților).

Folosirea banilor „adevărați” sau a înlocuitorilor este doar o formă de activitate economică între multe altele, deși poate că reprezintă forma cea mai eficientă pentru grupurile mari. La cealaltă extremă găsim „trocul direct” ; aici, bunul cedat de individ poate fi dorit doar de primitor, iar bunul primit în schimb poate să nu aibă valoare pentru nimeni altcineva. În acest caz avem de-a face cu un schimb oarecare, nu cu unul comercial. Acest gen de schimb în natură, fără implicarea unor articole care să poată fi date din nou la schimb, după plac (cum ar fi țigările), se întâlnea frecvent în Spitalul Central. Spre exemplu, fructele proaspete primite câteodată la desert erau date uneori în schimbul altor articole dorite ; și îmbrăcămintea de spital făcea, ocazional, obiectul unor astfel de schimburi.

---

spitalul se deosebea în mod accentuat de unele închisori. În mod interesant, unii pacienți afirmau că, chiar și atunci când obțineau dreptul de a ieși în oraș și puteau să plece pe poarta cea mare în bună regulă, tot se simțeam extrem de nesiguri și de vinovați făcând acest lucru. Am trăit și eu acest sentiment.

1. În anumite instituții totale, pariurile și jocurile de noroc pot alcătui o formă fundamentală a structurării vieții. Vezi, de pildă, Hayner și Ash, *op. cit.*, p. 365 : „Jocurile de noroc sunt extrem de populare în Școala de Reeducare. [...] Indivizii instituționalizați practică aceste jocuri sub orice pretext. [...] Mijlocul de schimb pentru pariurile de joc poate consta în orice serviciu sau bun transferabil de la un individ la altul. Un partener de celulă va plăti adesea o datorie de joc efectuând curățenia necesară a celulei o perioadă determinată de timp”.

III

Am arătat că vânzarea sau schimbul în natură și elementele de organizare socială pe care le presupun aceste activități economice reprezentau o importantă modalitate neoficială prin care instituționalizații practicau exploatarea celorlalți. Însă, cum se întâmplă probabil în multe instituții totale, exista o modalitate mai importantă prin care bunurile și serviciile își schimbau proprietarul, un mod mai important prin care eforturile neoficiale ale individului erau amplificate prin incorporarea de acțiuni neoficiale utilizabile, executate de alții.

În virtutea identificării cu starea sau cu situația de viață jalnică a altuia, individul îl poate ajuta de bunăvoie sau îi poate oferi o demonstrație ceremonioasă de respect, în primul caz punând în evidență un semn de solidaritate, iar în al doilea caz, un simbol al solidarității. Astfel de semne și simboluri ale grijii față de celălalt sunt răsplătite de obicei într-un fel sau altul, din moment ce persoana căreia individul îi oferă o asemenea relație de sprijin răspunde de multe ori oferind, la rândul ei, o relație de sprijin. Astfel apare un schimb *real* de lucruri dezirabile, schimb deseori bine echilibrat în cazul relațiilor egalitare[1]. Însă din punct de vedere analitic, acest transfer bidirecțional, care ar putea fi numit *schimb social*, diferă considerabil de schimbul economic propriu-zis. Înțelegerea prealabilă cu privire la ceea ce vor schimba partenerii între ei caracterizează schimbul economic, dar poate fi compromițătoare în schimbul social, căci ceea ce poate fi un scop fățiș în primul caz trebuie să fie o simplă consecință colaterală în al doilea caz. O persoană care nu-și îndeplinește promisiunea într-un schimb economic poate fi constrânsă să-și plătească datoria; o persoană care nu răspunde unui favor sau unui gest de respect, de cele mai multe ori, poate fi doar acuzată de fire dezagreabilă și evitată cu un simțământ de nemulțumire. (Dacă partea lezată voia să ia măsuri mai directe, de multe ori ascundea

1. O prezentare a acestor probleme de reciprocitate se poate găsi în Marcel Mauss, *The Gift*, traducere de Ian Cunnison (Cohen și West, Londra, 1954); C. Lévi-Strauss, *Les structures élémentaires de la parenté* (Presses Universitaires, Paris, 1949); G. Homans, „Social Behavior as Exchange”, *American Journal of Sociology*, LXII (1958), pp. 587-606; și Alvin Gouldner (căruia îi sunt îndatorat în aceste chestiuni), „The Norm of Reciprocity”, *American Sociological Review*, XXV (1960), pp. 161-178. Vezi și M. Deutsch, „A Theory of Cooperation and Competition”, *Human Relations*, II (1949), pp. 129-152.

adevărata cauză a nemulțumirii sale și scotea la lumină alt delict, care să poată fi folosit în condițiile economice legiferate, protejând astfel ambele cadre de referință.) Un lucru dat la schimb trebuie plătit imediat, ba chiar și pentru amânarea plății trebuie să se plătească; dar, deși o favoare în context social trebuie răsplătită când relația o cere, aceasta se întâmplă numai *dacă* relația o cere, adică atunci când destinatarul recunoscut ajunge să aibă nevoie de o favoare sau când se află în poziția care, în mod ritualic, cere exprimarea ceremonială a respectului. În schimbul social există necesitatea de a stabiliza relația, iar o favoare substanțială oferită de o persoană poate fi echilibrată în mod adecvat printr-un gest pur ceremonial din partea celeilalte, căci ambele acțiuni pot confirma la fel de bine prezența preocupării adecvate a uneia față de cealaltă[1]. Pe de altă parte, în schimburile economice, simplele mulțumiri, oricât de des repetate, nu-l pot mulțumi pe cel care oferă; el trebuie să primească în schimb ceva cu o valoare materială echivalentă. În mod caracteristic, un credit față de o persoană poate fi vândut uneori unui terț, care are dreptul, în acest caz, de a cere ce i se cuvine; dar expresiile și semnele de solidaritate din partea cuiva pot fi transferate unui terț doar într-un mod foarte limitat, cum este cazul scrisorilor de recomandare. Așadar, în ceea ce privește cooperarea cerută din partea altuia, trebuie să facem distincția între plățile economice și plățile sociale.

Diferența dintre plățile economice și cele sociale este bine ilustrată de dubla întrebuințare a banilor în Spitalul Central. Plata primită de un pacient pentru spălarea mașinii reprezenta o cotă apreciabilă din costul aceluiași serviciu prestat în lumea din afară și era privită foarte des din perspectiva pecuniară, ca parte a sistemului pieței. Astfel, una dintre recompensele activității din spital consta, pentru unii angajați, în spălarea mașinii la un preț mic. Însă banii erau folosiți și într-un mod pur ritualic. Pacientul aflat în slujba unui membru al personalului se aștepta să primească, din când în când, câte o monedă de douăzeci și cinci de cenți nu ca plată pentru un

1. Una dintre dilemele interesante ale schimbului social constă în aceea că, în relațiile egalitare, a nu răspunde cu echivalentul a ceea ce ai primit constituie expresia lipsei de respect pentru relație și a unui caracter infam; însă efortul declarat de a plăti exact cu echivalentul a ceea ce ai primit sau de a cere echivalentul exact a ceea ce ai oferit încalcă temeiul presupus al activității și transferă situația în planul economic. Cumva, individul trebuie să obțină echivalentul a ceea ce oferă și, în același timp, aceasta trebuie să fie consecința neintenționată a sprijinului benevol acordat altora și a faptului de a fi sprijinit benevol de aceștia.

serviciu oarecare, rezonabilă din perspectiva pieței, ci pur și simplu ca o expresie a aprecierii. Tot astfel, pacientul nu numai că îi cumpăra uneori unui prieten o băutură răcoritoare de la bufet, ci mai mult decât atât, îi dădea pur și simplu cinci sau zece cenți, din proprie inițiativă, spunându-i: „Ia-i și cumpără-ți o Cola!”. În mod obișnuit, aceste recompense, la fel ca bacșișul, puteau fi așteptate, dar nu și cerute și aveau menirea de a arăta *aprecierea* unei relații, nu *valoarea comercială* a activității executate.

În toate așezămintele sociale se creează legături de solidaritate între grupuri de membri. În contextele domestice și de prietenie, unele astfel de legături pot fi prescrise în mod specific, făcând parte din adaptările primare ale participanților. În alte situații, cum sunt cele ale „bisericuțelor” cu implicare moderată formate în pauză în unele instituții comerciale, adaptarea primară va presupune opțiunea individului de a se implica sau nu în respectivele structuri. Dar în multe cazuri legăturile funcționează ca parte a vieții clandestine a așezământului, pe două căi. În primul rând, simplul sprijin emoțional și sentimentul de apropiere personală pe care le oferă ele pot să nu fie prevăzute în alcătuirea oficială a organizației. Poate că forma care exprimă cel mai clar aceasta este așa-numita relație intimă de la serviciu sau, în termeni de spital, „poveste romantică de balamuc”, căci astfel de implicări, după cum am arătat anterior, pot absorbi o mare parte din timpul participanților, umplând considerabil lumea în care trăiesc. În al doilea rând și mai important în contextul de față, aceste substructuri pot să constituie baza atât pentru schimburile economice, cât și pentru cele sociale de genul celor rezultate din transferul neautorizat de bunuri și servicii. Așadar, pentru a discuta rolul schimburilor sociale din Spitalul Central, trebuie să luăm în discuție tipurile de solidaritate care se găsesc acolo.

În Spitalul Central, la fel ca în multe alte instituții totale, erau anumite tipuri standard de formare a legăturilor. Existau relațiile de camaraderie, în cadrul cărora doi indivizi manifestau ceea ce se considera a fi o relație nonsexuală, fiecare identificându-se într-o oarecare măsură cu preocupările celuilalt[1]. Apoi existau relațiile

---

1. Elementul distinctiv al relației de camaraderie în anumite instituții totale constă în aceea că este o relație reciprocă de exclusivitate (ca în cazul relației matrimoniale): individul are un singur camarad și este singurul camarad al acestuia. În închisorile britanice, relația de camaraderie este atât de puternic instituționalizată în societatea deținuților, încât un deținut care nu este prevenit se poate trezi compromis prin faptul că s-a purtat amabil cu un coleg de detenție care i-a vorbit în ziua aceea. Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 30, poate fi citat în această privință:

sentimentale, în cadrul cărora două persoane, de obicei de sex opus, manifestau un fel special de interes reciproc, cu tentă sexuală[1]. Existau și relațiile de tip clică, în care trei sau mai multe persoane ori două sau mai multe cupluri manifestau o preferință reciprocă de întovărășire și se sprijineau reciproc într-o anumită măsură. Mai existau relațiile categoriale, în cadrul cărora oricare doi indivizi, în virtutea faptului că se cunosc reciproc ca fiind instituționalizați, manifestau anumite semne de respect reciproc. În sfârșit, mai erau relațiile de patronaj, create între un membru al personalului și pacientul pe care îl angaja.

Propun să tratăm împreună relațiile de camaraderie, cele sentimentale și pe cele de tip clică, grupându-le în categoria generală de „relații intime". Acestea nu erau nici pe departe interzise în spital, deși perechile îndrăgostite, neavând voie să se căsătorească, erau avertizate „să nu se implice prea profund", iar relațiile homosexuale erau oficial interzise, deși unele grupulețe de homosexuali cu dreptul de a circula liber pe teritoriul spitalului își manifestau în tăcere solidaritatea aparte.

Indivizii instituționalizați implicați în relații intime își împrumutau reciproc bani, țigări, îmbrăcăminte și romane ; se ajutau reciproc la mutarea dintr-o secție în alta ; își aduceau unii altora articole de contrabandă relativ inofensive din afara spitalului ; încercau să strecoare pe ascuns tot felul de lucruri aceluia dintre ei care „o dăduse în bară" și fusese trimis într-o secție încuiată, pentru a-i aduce alinare ; se sfătuiau cum să obțină diferite tipuri de privilegii și se ascultau unii pe alții descriindu-și cazul[2].

„Așa că vă despărțiți la sfârșitul perioadei de exerciții fizice cu un amabil «Ne vedem mâine !». Iar mâine, el se va afla iarăși alături de tine. Mâine, poimâine și răspoimâine. Între timp, ceilalți deținuți vor ajunge să-l considere «camaradul» tău. Ba, mai rău, conform obiceiului din închisoare, vor evita să se amestece în această prietenie nou-formată și, astfel, te vei trezi cu pereche !".

Informații utile cu privire la relația de camaraderie pot fi găsite în Behan, *op. cit.*

1. Numeroase instituții totale nu numai că separă membrii celor două sexe pe durata nopții, ci, mai mult, acceptă doar persoane de sex masculin sau de sex feminin. Ca urmare, în instituțiile totale este foarte probabil să existe ceea ce mulți dintre cei care le-au studiat vor numi „interes homosexual", dacă nu chiar activitate homosexuală. Cea mai bună sursă de informare în această privință, după părerea mea, rămâne Clemmer, *op. cit.*, cap. X, „Sexual Patterns in the Prison Community".
2. Ajutorul reciproc pe care și-l acordă pacienții este bine descris în unul dintre primele articole ale lui William Caudill. Vezi William Caudill,

În Spitalul Central și în spitalele de psihiatrie, în general, părea să existe o varietate interesantă a relației de camaraderie : modelul „ajutorului". Un pacient, deseori considerat de ceilalți destul de bolnav, își asuma sarcina de a ajuta cu regularitate un alt pacient care, după standardele personalului, era și mai bolnav. Ajutorul își îmbrăca tovarășul, îi răsucea țigările și i le aprindea, uneori îl apăra de confruntările fizice, îl ducea la cantină, îl ajuta să mănânce și așa mai departe[1]. Deși multe dintre serviciile oferite de ajutor făceau parte din categoria celor pe care pacienții erau îndrituiți să le primească, de multe ori pacientul în cauză n-ar fi putut beneficia de ele pe deplin fără ajutor. Aspectul interesant constă în faptul că, pentru observatorul întâmplător, relația părea univocă : persoana ajutată nu recompensa în mod vizibil[2]. În plus, deoarece ambii participanți erau, foarte probabil, dintre cei relativ închiși în sine, perioadele dintre serviciile specifice nu conțineau interacțiuni sociabile de tip camaraderesc, deși existau numeroase ocazii pentru așa ceva.

Schimburile sociale din spital erau caracterizate de sărăcia resurselor care le stăteau pacienților la dispoziție pentru a-și exprima respectul reciproc și pentru a-și oferi reciproc ajutorul. În aceasta consta una dintre dificultățile importante ale vieții de spital, săracă în resurse ; oficialitățile recunoșteau dificultatea punând la dispoziția pacienților, în clădirea de recreere, felicitări de Crăciun și materiale pentru confecționarea felicitărilor de Sf. Valentin, astfel încât aceștia să aibă ce să trimită în respectivele ocazii. Ca urmare, după cum ne putem aștepta, unele adaptări secundare practicate în spital aveau menirea de a procura bunuri care să poată fi dăruite altora – pe scurt, *materiale rituale*[3]. Sălile de mese și cantina pacienților constituiau o sursă de materiale rituale ; atunci când se distribuiau fructe transportabile – portocale, mere sau banane –, pacienții le luau cu ei în secție, neatinse, nu doar pentru rezervele proprii și ca mijloc de schimb economic, ci și ca bunuri care să poată fi dăruite prietenilor. Tot astfel, la partidele de bridge din clădirea de recreație, câte

---

F. Redlich, H. Gilmore și E. Brody, „Social Structure and Interaction Processes on a Psychiatric Ward", *American Journal of Orthopsychiatry*, XXII (1952), pp. 314-334.

1. Pentru o prezentare mai amplă a acestui tip de relație, vezi Otto von Mering și Stanley King, *Remotivating the Mental Patient* (Russell Sage Foundation, New York, 1957), „The Sick Help the Sicker", pp. 107-109.
2. În câteva cazuri, am observat că persoana care ajuta încerca să obțină favoruri de tip homosexual de la persoana ajutată, dar nu dispun de alte dovezi care să ateste că situațiile de acest fel erau obișnuite.
3. Poate că tocmai din perspectiva lipsei de materiale rituale putem înțelege parțial obiceiul, deja menționat, de a oferi prietenilor mici sume de bani.

un pacient accepta o țigară de calitate, din comerț, răspunzând la gestul generos cu o portocală – schimb economic echitabil, dar efectuat cu atitudinea unor persoane pe care nu le preocupă nicidecum această echitate minoră. Tot astfel, mergând să stea la coadă pentru o porție suplimentară de mâncare, pacientul își poate întreba tovarășii de masă dacă vor să le aducă și lor ceva ; aceștia îi pot oferi în schimb din sarea, piperul sau zahărul pe care l-au adus cu ei. De asemenea, primind prăjituri la reuniunile de seară din clădirea de recreere, pacientul poate să împacheteze o parte din ele, pentru a le duce prietenului care nu a primit permisiunea să iasă din secție. Tutunul distribuit de spital era folosit și el în această manieră. Pe scurt, se practica exploatarea spitalului pentru obținerea de materiale rituale.

Rolul ritual al țigărilor este deosebit de interesant. Unii pacienți, mai ales cei recent internați, aveau o situație suficient de bună ca să-și permită să fumeze țigări din comerț, la fel ca oamenii din afara spitalului, deși aceasta cauza o problemă : deseori, un pacient care avea propriul pachet accepta o țigară, dacă un altul îi servea pe cei din jur. (Cunosc un tânăr care se mândrea că reușește să-i „tapeze” pe ceilalți de țigări, stingând-o pe a lui când se apropia o victimă ușoară[1].) A oferi câteva fumuri constituia o politețe frecvent acordată camaradului, precum și a-i ceda rămășița unei țigări parțial fumate. (Țigările parțial fumate erau, de asemenea, unul dintre materialele rituale importante primite de pacienți de la îngrijitori.)

În secțiile cu pacienți vârstnici senili, valoarea materialelor rituale era alta. Acolo era extrem de improbabil ca unui pacient să-i ofere cineva o țigară din comerț întreagă, excepție făcând poate îngrijitorii. Unii pacienți nu erau în stare să-și răsucească singuri țigările și depindeau, pentru aceasta, de pacienții mai în putere ; confecționarea țigărilor reprezenta un favor, uneori cerut de pacient prezentându-se

---

1. Aceasta contrastează cu soarta socială a țigărilor în unele lagăre pentru prizonieri de război. Putem compara cu descrierea făcută de Radford, *op. cit.*, pp. 190-191 :

   „La foarte scurt timp după capturare, oamenii își dădeau seama că este în egală măsură indezirabil și inutil, din perspectiva limitării și a echității rezervelor disponibile, să dăruiască sau să accepte a li se dărui țigări sau alimente. «Bunăvoința» a devenit schimb de bunuri, acesta fiind un mijloc mai echitabil de a amplifica pe cât de mult posibil satisfacția individuală”.

   Pot adăuga că obiceiul civil de a cere sau oferi un chibrit tindea să fie restrâns la maxim în spital ; de cele mai multe ori, se cerea cel mult un foc de la țigara aprinsă, deși în anumite secții exista o mare probabilitate ca individul căruia i se cerea foc să aibă chibrituri.

în fața ajutorului său cu „materiile prime” și alteori oferit voluntar. Unii pacienți prețuiau resturile de țigări confecționate manual, iar alții le ofereau, aceasta fiind o monedă ceremonială rareori valorizată în alte părți ale spitalului. În general, un rest de țigară din comerț înlocuia una făcută manual, aceasta din urmă fiind aruncată când individul reușea s-o obțină pe prima. Se crea un tip de relație caritabilă în care îngrijitorii și pacienții își alegeau destinatari preferați pentru favorul unui rest de țigară. Un favorit mut care dorea să fumeze se înființa în fața „sponsorului” său când acesta își aprindea o țigară din comerț sau după ce începea să o fumeze. Pacientul aștepta apoi până când țigara era fumată suficient de mult pentru a-i putea fi dată; la rândul lui, putea să joace rolul sponsorului față de alt pacient, dându-i chiștocul primit după ce fuma din el atât cât considera de cuviință. Al treilea beneficiar, foarte probabil, era nevoit să folosească un ac sau un alt mijloc asemănător de a ține țigara, așa încât chiștocul să nu-l ardă la degete. Aruncat pe pardoseală, chiștocul era uneori luat de un alt pacient, care constata că e prea mic pentru a mai putea fi fumat, dar suficient de mare ca să-l desfacă și să scuture tutunul rămas. Unele secții de irecuperabili erau organizate de așa manieră, încât o singură țigară trecea *în mod obișnuit* prin trei sau patru mâini.

Însă prezentarea completă a rolului țigărilor ne duce dincolo de legăturile intime dintre camarazi și dintre partenerii de clică, la considerarea statutului de pacient în sine și, în special, a pretențiilor pe care doi indivizi le pot avea unul față de celălalt în virtutea simplului fapt de a fi amândoi pacienți. Aproape toți pacienții din spital, cu excepția câtorva preadolescenți, alcătuiau un sistem unic al fumatului, care viza dreptul de a cere și obligația de a acorda foc de la o țigară aprinsă[1]. În chip extrem de surprinzător, pacienții din cele mai grele secții, suficient de bolnavi pentru a sta ani în șir

1. Oferirea și primirea focului presupunea o relație specială, căci gestul care furniza dovada existenței unei relații părea să reprezinte singura substanță a acelei relații, care devenea astfel oarecum rituală. Ceva mai mică decât cercul de fumat era rețeaua pacienților care „își ofereau privirea” trecând unii pe lângă alții pe teritoriul spitalului. Când doi pacienți, indiferent de sex și de vârstă, treceau unul pe lângă altul și când fiecare își dădea seama, după înfățișarea celuilalt, că și el este pacient, avea loc uneori un fel de salut: o înclinare a capului, un „bună ziua” sau o privire orientată, zâmbitoare. Acest obicei al salutului cu capul este tipic pentru comunitățile rurale din societatea occidentală, numai că în mediul rural pot participa toate categoriile de persoane, în timp ce în spital tindeau să participe doar pacienții. Când doi pacienți care nu se cunoșteau se întâlneau în afara teritoriului spitalului și unul dintre ei știa despre celălalt că este pacient, fiindcă îl văzuse la spital,

cufundați în muțenie, suficient de ostili ca să nu accepte când li se oferea o țigară și suficient de tulburați încât să uite să stingă țigara aprinsă care începea să le pârlească degetele, respectau acest sistem. Una dintre funcțiile sistemului, firește, consta în aceea că-i scutea pe pacienți să se roage de îngrijitori pentru un foc.

Sarcinile alocate pacienților, ca și sistemul spitalului, erau exploatate pentru a se obține nu doar lucruri menite consumului personal sau schimbului, ci și lucruri care să fie dăruite în virtutea sentimentului de solidaritate. Oamenii care lucrau în sera de flori puteau să le ofere buchete membrilor preferați din personal ; cei care lucrau în bucătărie puteau aduce alimente în secție, pentru prietenii lor ; pacientul care căpăta mingi bune de tenis ca răsplată pentru îngrijirea terenului de joc putea să ofere prietenilor preferați câteva dintre ele. În secțiile unde cafeaua se servea gata amestecată cu lapte – o privațiune considerabilă pentru cei cărora le plăcea cafeaua neagră –, pacienții care lucrau la bucătărie erau în măsură să le furnizeze „camarazilor” cafea pe gustul lor. Pacienții care ajutau la împărțirea alunelor în punguțe, spre a fi distribuite tuturor pacienților care participau ca spectatori la câte un meci desfășurat în afara spitalului, primeau din partea prietenilor cereri pentru respectivul produs, a doua zi după meci.

Mai putem menționa încă o sursă de materiale rituale : alimentele, țigările și banii pe care rudele le aduceau pacienților. În puținele secții în care domnea o puternică unitate internă, darurile primite de un pacient din partea rudelor erau adesea împărțite cu ceilalți imediat, secția fiind inundată, pentru scurt timp, cu prăjituri sau batoane de ciocolată.

Am arătat că în Spitalul Central condițiile medii de viață ale pacienților presupuneau pierderea materialelor rituale și conduceau la crearea lor din materialele ce le stăteau la îndemână. În această privință trebuie prezentat un paradox. Criminologii au afirmat că regulile creează posibilitatea infracțiunii și, în consecință, posibilitatea mituirii. La fel, se poate spune că restricțiile pot crea dorințe active, iar dorința activă poate determina individul să creeze obiectul cu care să o satisfacă. Aceste obiecte pot fi consumate de unul singur sau pot fi date la schimb, dar, de asemenea, pot fi dăruite, ca o expresie a respectului față de ceilalți. Spre exemplu, în multe secții încuiate, unul sau doi pacienți primeau zilnic un ziar. După ce îl citea, foarte probabil, proprietarul se plimba cu el sub braț sau îl ascundea undeva în secție și astfel, pe tot parcursul dimineții, putea

se punea problema : au cei doi dreptul și obligația de a se saluta ? Hotărârea luată părea a fi determinată, printre altele, de eventuala prezență a altora care s-ar fi putut întreba care este temeiul salutului.

să-l împrumute pentru scurt timp, cu mărinimie, prietenilor săi. Lipsa de materiale de lectură din secție dădea naștere materialului său ritual. Tot astfel, un pacient care izbutea să obțină permisiunea de a se bărbieri cu ustensilele secției într-o zi în care nu era programată această activitate reușea deseori să păstreze ustensilele suficient timp ca să se poată bărbieri și camaradul său.

O ilustrare a faptului că restricțiile dau naștere unor acte de generozitate poate fi găsit în practicile de curtare întrebuințate în Spitalul Central. În cazurile când unul dintre partenerii din cuplu era încuiat în salon, partenerul liber putea să-i trimită mesaje, țigări și dulciuri, cerând ajutorul unui coleg de secție cu dreptul de a circula liber al partenerului resticționat. De asemenea, strecurându-se pe furiș în clădirea adiacentă celei în care se afla partenerul încuiat, pacientul reușea uneori să aibă contact vizual cu acesta, prin ferestrele celor două clădiri. Cunoscând privilegiile de ieșire cu grupul ale partenerului privat de libertate, putea uneori să meargă alături de el o vreme, când acesta era transferat din secție într-o altă clădire. Dar modalitățile cu adevărat complexe de legătură puteau fi observate când ambii parteneri își pierdeau privilegiile condiționate ori încă nu le obținuseră. Spre exemplu, am văzut o dată un pacient încuiat folosind tehnica standard de a-i arunca unui prieten cu libertate de mișcare, pe fereastră, niște bani într-o pungă de hârtie. Urmându-i instrucțiunile, prietenul a luat banii și s-a dus cu ei la bufetul pentru pacienți, a cumpărat cartofi prăjiți și cafea, le-a pus în pungă și le-a dus la fereastra cu gratii de la parter, de unde a putut să le ia prietena pacientului. După cum putem vedea, spitalul oferea celor câțiva pacienți aflați în această situație un fel de situație de competiție, prin care se puteau lupta cu autoritățile, iar unele dintre relațiile care înfloreau păreau să se dezvolte, printre altele, tocmai pentru că participanților le plăceau stratagemele pe care se vedeau nevoiți să le folosească.

Deși transferul de favoruri concrete între două persoane putea fi mediat de una sau chiar două persoane, în Spitalul Central lanțul de mediatori nu părea să se lungească mai mult decât atât. Micile grupuri de prieteni puteau juca rolul de sisteme de transport și majoritatea pacienților cu libertate de mișcare puteau fi participanți ; totuși, pacienții în ansamblu nu formau un *singur* sistem neoficial în această privință, din moment ce pacientul putea avea pretenții de la câțiva tovarăși de suferință anume, și nu de la oricare pacient, singura excepție fiind cererea unui foc pentru a aprinde țigara.

Am afirmat că restricțiile creează nu doar posibilitatea de a le ocoli personal, ci și pe aceea de a-ți ajuta prietenii să facă acest lucru. Există și o altă modalitate prin care condițiile restrictive de viață generează propriile materiale pentru schimburi sociale și econo-

mice: când persoanele sunt private de cunoașterea a ceea ce este probabil să li se întâmple și când nu sunt informate cum „să-și facă viața mai ușoară” într-o situație în care acest lucru poate însemna supraviețuirea psihologică, informațiile în sine devin un bun crucial, iar cel care poate distribui acest bun se află într-o poziție favorabilă în sistemul schimburilor economice și în cel al schimburilor sociale[1]. Ca urmare, este ușor de înțeles că în instituțiile totale, camarazii își acordă ajutor furnizându-și reciproc informații utile; de asemenea, este lesne de înțeles faptul că în Spitalul Central, la fel ca în închisori, unii angajați nutresc dorința de a-i ține pe pacienții recent internați la distanță de cei cu vechime, pentru ca primii să nu afle „secretele meseriei” făcându-și prieteni sau angajându-se în schimburi economice.

IV

Legăturile intime pe care le-am prezentat reprezentau una dintre categoriile importante de relații pe baza cărora au loc schimburi sociale neoficiale. Ne mai rămâne să prezentăm cealaltă categorie importantă, a *relațiilor de patronaj*. Cred că, în majoritatea cazurilor, relațiile de patronaj erau mai stabile decât cele intime.

În Spitalul Central existau două tipuri fundamentale de organizare oficială prin care putea fi localizat pacientul. Unul dintre acestea era „sistemul secțiilor”, care cuprindea locul de rezidență, gradul de supraveghere existent acolo, precum și relațiile cu secțiile din care venea pacientul și în care putea fi trimis, împreună cu diferențele dintre secția care îl găzduia pe moment și celelalte. Al doilea era „sistemul îndatoririlor”, în virtutea căruia pacientul ieșea din secție pe toată durata zilei sau doar pentru un număr de ore și intra sub supravegherea angajatului pentru care lucra sau cu care efectua unul dintre diferitele tipuri de terapie.

După cum am arătat anterior, ideea spitalului era că, din moment ce instituția se ocupă de împlinirea tuturor nevoilor pacienților, nu există nici un motiv ca pacienții să fie plătiți pentru munca pe care o prestează în spital. De fapt, disponibilitatea pacienților de a lucra fără plată în spital era definită drept semn de convalescență, semn al interesului față de activitățile constructive socialmente, după cum munca în sine era considerată terapeutică. Dar angajații în grija

1. Această temă este prezentată și elaborată sistematic într-o lucrare foarte utilă a lui Richard McCleery, „Communication Patterns as Bases of Systems of Authority and Power”, în S.S.R.C. Pamphlet No. 5, *op. cit.*, pp. 49-77.

cărora erau dați acești pacienți se simțeau obligați „să-și arate aprecierea” față de pacienții „lor”, indiferent că o făceau din dorința de a se comporta în conformitate cu standardele civile sau pentru a le insufla pacienților disciplină și motivare. Iar funcționarul care nu manifesta acest tip de respect pentru clienții săi s-ar fi putut găsi în situația de a declara, la sfârșitul anului, scăderea numărului de pacienți implicați în activitatea pe care o coordona.

Principalul favor oferit celor care munceau consta în dreptul de a pleca din secție, în fiecare zi, pentru intervalul de timp alocat muncii – între o jumătate de oră și șase ore –, și dreptul la pauze ocazionale, în timpul programului de muncă, pentru a merge la bufet sau la întrunirile din clădirea de recreere. Regula tradițională din spital spunea că dreptul de a circula liber pe teritoriul spitalului se acordă doar pacienților care plătesc acest lucru prin muncă. (În perioada desfășurării studiului, această regulă începuse să se schimbe, spre neplăcerea unor funcționari care considerau că nu vor mai reuși să-i disciplineze pe pacienții dați în grija lor. Pacienții din clinica de internări păreau a reuși să obțină libertatea de mișcare implicându-se doar în activități îndeplinite de formă, iar pacienții din clinica de cronici reușeau tot mai des să-și păstreze dreptul să circule liber fără să aibă o slujbă în spital.)

Administrația spitalului oferea sistemului de patronaj o bază oficială ce rezulta din alocarea de tutun și foiță de țigară angajaților care se ocupau în mod direct de pacienți ; angajații împărțeau tutunul și foița, o dată sau de două ori pe săptămână, pacienților pe care-i aveau în grijă. În plus, de Crăciun, funcționarilor li se puneau uneori la dispoziție materiale festive și mici cadouri, iar pacienții aflați în grija acestora se așteptau ca persoana pentru care lucrau să dea măcar o petrecere anuală, cu gustări, răcoritoare și cadouri. Pentru ocazii de acest fel, angajatul putea să comande oficial, la laboratorul de cofetărie al spitalului, înghețată, prăjituri și concentrat pentru punci de fructe, dar aproape întotdeauna se simțea obligat să suplimenteze oferta cumpărând și alte produse, pe cont propriu. Pacienții deveneau judecători aspri ai calității acestor produse : înghețata mai gustoasă ori prăjiturile mai mari, aduse din afara spitalului, erau, foarte probabil, cotate mai bine de acești consumatori critici ; punciul de fructe standard servit la spital îl putea face pe protectorul care îl servea să piardă din punctaj.

Pe lângă aceste favoruri semioficiale, patronul le oferea pacienților și altele, suplimentare, la care aceștia se așteptau. Lucrătorii deosebit de buni ai unui patron se așteptau să primească din când în când un pachet de țigări de calitate, bunătăți de la automatul cu răcoritoare, haine purtate, monede de un cent primite ca rest la bufet și uneori

monede de zece și de douăzeci și cinci de cenți[1]. Pe lângă aceste favoruri materiale, lucrătorii consecvenți și pacienții implicați consecvent în terapie se așteptau din când în când ca patronul să intervină pentru ei, ajutându-i să obțină o mult dorită slujbă rezidențială, o zi în oraș, o pedeapsă mai mică pentru încălcarea unei regulei. Altă favoare anticipată de pacient consta în a i se trece numele pe lista pentru petrecerile cu dans și pentru filmele prezentate în spital, ca și pentru meciurile de baseball din afara spitalului. (Chiar cunoașterea faptului că un angajat se bizuie serios pe un anumit pacient pentru îndeplinirea unei sarcini se presupunea că afectează comportamentul celorlalți angajați față de acel pacient.) În sfârșit, pacienții se așteptau uneori la o micșorare a distanței sociale dintre patron și ei înșiși, la o atitudine mai directă și mai apropiată de cea egalitară decât ar fi putut obține din partea altor angajați cu poziție similară.

În această privință, este semnificativ complexul automobilului. Unul dintre cele mai sigure simboluri de statut care deosebeau personalul de pacienții cu libertate de mișcare era faptul de a conduce o mașină. Acest lucru era strict interzis tuturor celor cu statut de pacient. Ca urmare, orice persoană văzută la volan putea fi considerată, pe acest temei fundamental, a nu fi pacient. Parțial ca reacție la acest fapt și parțial, poate, ca motiv pentru el, angajații tindeau să meargă pe jos foarte rar, folosindu-și mașina chiar și pentru cele mai scurte deplasări pe teritoriul spitalului[2]. Unul dintre favorurile

1. Despre pacientul cu una dintre „cele mai bune” îndatoriri din spital, aceea de a duce mesaje din clădirea administrativă centrală spre alte părți ale spitalului, se spunea că obține din bacșișuri până la opt dolari pe lună, dar nu am dovezi certe în această privință.
2. Fiecare loc și fiecare lucru de pe teritoriul unui spital psihiatric pare a avea în comun cu cele mai rele clinici un sentiment apreciabil de izolare, interdicție și boală. Mașina pare să reprezinte un instrument laic nepătat prea mult de mediul spitalicesc și indică în mod evident legătura certă a posesorul ei cu lumea din afară – lumea normală. Poate că interesul remarcabil al angajaților Spitalului Central de a-și menține mașinile sclipitor de curate nu poate fi înțeles pe deplin nici prin prisma prețurilor extrem de convenabile pentru acest serviciu pe teritoriul spitalului și nici prin cea a dorinței binevoitoare a angajaților de a-i vedea pe pacienți că obțin niște bani. Pot adăuga faptul că una dintre fanteziile pacienților legate de externare era aceea de a dobândi o mașină nouă, de calitate și de a veni cu ea la spital, pentru a-i vizita pe vechii camarazi și pe patroni. Această fantezie ajungea uneori să fie pusă în practică, dar, mi se părea mie, nu atât de frecvent pe cât s-ar fi putut. Aș mai adăuga că, deși exista o asociere între mașinile scumpe (altele decât Cadillac-urile) și cele patru-cinci persoane cu cele mai înalte funcții administrative, precum existau și glume voioase, făcute de personalul superior cu mașini

deosebite pe care un membru al personalului îl putea face unui pacient consta în a-l duce cu mașina dintr-un loc în altul, pe teritoriul spitalului; acest lucru îi oferea pacientului un răgaz mai lung până la următoarea obligație din programul său și, în plus, constituia o dovadă a încrederii și apropierii angajaților față de el. Dintr-o mașină, de pe scaunul pasagerului, dovada putea fi prezentată unui număr foarte mare de persoane, fiindcă pe teritoriul spitalului exista o limită foarte coborâtă, respectată de șoferi, a vitezei maxime acceptate, iar pacienții cu libertate de mișcare aveau tendința de a observa cine se află în mașină, unde merge și cu cine.

Parte din patronajul obținut de pacient era, firește, produsul secundar al controlului cu care trebuia să fie investit pentru a i se facilita misiunea de a-l ajuta pe patron în slujba lui. Astfel, pacientul desemnat să se ocupe de încăperea din subsol folosită neoficial pentru a depozita produse necesare în diferite locuri din spital nu numai că avea propriul birou și propriul scaun, ci, în plus, ținea sub propria cheie rezerve de tutun pe care le împărțea echipei de pacienți care lucrau sub îndrumarea lui neoficială. Ca urmare, se afla în poziția de a fi el însuși patron. Tot astfel, pacientul de încredere care se ocupa de bucătăria de serviciu în timpul întrunirilor festive din clădirea de recreere avea cheile bucătăriei și, o dată cu ele, misiunea de a nu permite pacienților neautorizați să intre în respectiva încăpere. Ca urmare, era în măsură să-i permită unui prieten să intre în bucătărie și să guste din preparate. Desigur că în astfel de cazuri se punea în joc un mod special de exploatare a însărcinării pacientului[1].

Deși existau întotdeauna favoruri despre care pacienții anticipau, în mod logic, că vor surveni ca o consecință a faptului de a lucra pentru un anumit membru al personalului[2], unii pacienți reușeau să „exploateze” aceste căi obișnuite. În preajma Crăciunului, anumiți pacienți cunoscători ai mersului lucrurilor în spital deveneau participanți înflăcărați la unele activități, combinând mai multe sarcini și mai multe terapii. Când începea sezonul sărbătorilor, puteau fi siguri de mai multe cadouri și de o întreagă serie de petreceri – de un adevărat sezon, în sensul celui trăit de fetele care debutează în societate. (Desigur că patronii nu se opuneau pe de-a-ntregul acestei

vechi, pe seama mașinilor mai noi și mai bune ale unor îngrijitori, totuși nu exista o asociere generală și vizibilă între rangul angajaților și marca sau vechimea mașinii.

1. Sykes, „Corruption of Authority”, *op. cit.*, pp. 260-261, analizează această chestiune sub titlul „Corruption by Default”.
2. Se poate face o comparație cu sistemul „rotunjirii sumelor”, caracteristic relației dintre stăpâna americană și servitoarea ei, mai ales relației dintre stăpâna din Sud și servitoarea negresă.

exploatări a dărniciei lor, căci o petrecere de Crăciun cu prea puțini participanți era o rușine pentru rolul pe care se presupunea că îl joacă activitatea sau terapia respectivă ; pe lângă aceasta, după cum am arătat deja, un nume în plus adăugat pe lista persoanelor care participau ocazional la respectiva terapie sau activitate crea o impresie pozitivă în birourile administrative.) Tot astfel, unii pacienți cu boli cronice, considerând că pot obține libertatea de mișcare pe teritoriul spitalului doar oferindu-se voluntar pentru o activitate constantă, acceptau o îndatorire, obțineau statutul de pacienți cu libertate de mișcare și apoi începeau să vină tot mai rar la lucru, presupunând că acest fapt nu va fi raportat imediat sau că, dacă va fi raportat, nu vor fi trimiși imediat înapoi în secția din care veniseră. Alții îndeplineau o muncă pentru o perioadă de timp, stabileau relații bune cu angajatul care se ocupa de ei și apoi mergeau să lucreze pentru un altul, dar se întorceau periodic la fostul lor patron pentru a-i cere „materii prime” sau mărunțiș, încercând astfel să exploateze persoana, nu îndatorirea.

În secțiile de irecuperabili, unde mulți pacienți manifestau un refuz accentuat față de interacțiunile sociale obișnuite, îngrijitorii aveau unul-doi „pacienți în stare de funcționare” pe care îi puteau folosi ca sursă constantă de ajutor în administrarea secției. În astfel de cazuri, cele două sisteme – sistemul secțiilor și sistemul îndatoririlor – convergeau, iar pacientul muncea pentru aceeași persoană care îl supraveghea la locul de rezidență. În aceste situații, pacientul care lucra avea certitudinea că va primi un flux constant de favoruri, fiindcă în contextul restricțiilor vieții din secțiile de irecuperabili puteau fi distribuite numeroase bunuri[1]. Exista tendința de a acorda, de drept, camerele de o persoană și de două persoane pacienților care lucrau ; pacientul care făcea cumpărături de la bufet pentru îngrijitori era răsplătit cu o țigară sau, când cumpăra băuturi răcoritoare, cu sticla goală, pentru care primea doi cenți la bufet ; îngrijitorii îi puteau acorda pacientului dreptul de a ține în cameră un aparat de ras și chibrituri și de a-și păstra hainele în fiecare seară ; când pacientul îi cerea un foc, îngrijitorul putea să reacționeze cu promptitudine și, ca gest special de încredere, să-i arunce pacientului bricheta sa, minimalizând astfel aspectele submisive ale demersului ; de asemenea, controlul asupra rezervelor de îmbrăcăminte și asupra listelor pentru activitățile recreative le ofereau îngrijitorilor ocazia de a face favoruri.

Trebuie adăugat că relația de patronaj nu era singurul temei pentru favoruri acordate de angajați pacienților ; apăreau și relații intime de

1. O bună prezentare a bunurilor distribuite în secții poate fi găsită în Belknap, *op. cit.*, pp. 189-190.

„camaraderie”, fără legătură cu vreo îndatorire de muncă, mai ales între anumiți îngrijitori și pacienți tineri, de sex masculin și unii, și ceilalți – solidaritatea creată prin apartenența la aceeași categorie de vârstă, la același sex și la aceeași categorie de muncă tinzând uneori să străbată diferențele organizaționale[1]. Majoritatea îngrijitorilor bărbați au fost nevoiți să accepte ca unii pacienți să li se adreseze cu numele mic, iar alții – fără nici un nume; de asemenea, îngrijitorii, la fel ca instructorii de sport, portarii, pompierii, paznicii și polițiștii, se arătau deseori dispuși să facă glume mai obscene cu mulți pacienți, de sex masculin cu libertate de mișcare. Citez un exemplu din propriile însemnări de teren:

> Seară cu film. Când pacienții încep să iasă, mașina de patrulă a poliției trece încet pe lângă clădirea teatrului, pentru a asigura împrăștierea lor ordonată. Mașina se oprește, polițistul urmărește mulțimea de bărbați care cântăresc din priviri femeile și se oprește asupra unui pacient cu libertate de mișcare pe care îl cunoștea bine și îl plăcea. Pacientul se întoarce și-l salută pe polițist ca pe un prieten.
> *Pacientul*: Salutare, omule!
> *Polițistul*: Te-am văzut aseară [la petrecerea cu dans a pacienților]; dacă mai dansai mult, ți-ai fi pierdut „zurgălăii” de-atâta scuturat!
> *Pacientul* (pe ton de respingere): Dă-mi pace, omule!

Dat fiind faptul că îngrijitorul deține controlul discreționar asupra majorității produselor pe care le folosesc pacienții, este de așteptat ca solidaritatea dintre pacient și îngrijitor (pe lângă relația de patronaj) să constituie o bază pentru acordarea de favoruri; citez un exemplu din această categorie, din însemnările de teren:

> Mănânc cu un prieten pacient la una dintre cantinele mari pentru pacienți. El spune: „Mâncarea e bună aici, dar nu-mi place somonul [din conservă]!”. Apoi se scuză, aruncă tot ce are pe farfurie în găleata cu resturi și se întoarce la secțiunea cu mâncare de regim a liniei de servire, de unde se întoarce cu o farfurie cu ouă. Zâmbește

---

1. Acestea sunt drepturile a ceea ce John Kitsuse a numit „alianța masculină”. O prezentare utilă a problemei poate fi găsită în Sykes, „Corruption of Authority”, *op. cit.*, „Corruption through Friendship”, pp. 259-260. Vezi și Harold Taxel, „Authority Structure in a Mental Hospital Ward” (lucrare de masterat nepublicată, Departamentul de Sociologie, Universitatea Chicago, 1953), care declară (pp. 62-63) că pacienții se adresează îngrijitorilor pentru a ocoli regulile, în timp ce asistentele au menirea de a impune regulile și (p. 83) că, potrivit unui acord tacit, îngrijitorii vor încălca regulile în favoarea pacienților ori de câte ori acest lucru va fi posibil.

prefăcut-conspirativ și spune: „Joc biliard cu îngrijitorul care se ocupă de asta”[1].

Deși multe dintre favorurile oferite în virtutea relației de patronaj sau a uneia personale aveau un caracter ușor ilicit, trebuie remarcat că unele, cum ar fi oferirea politicoasă a unui foc sau descuierea rapidă a unei uși, li se cuveneau de drept pacienților, deși aceștia le primeau rareori. De pildă, în acele secții ai căror pacienți trebuiau să meargă de trei ori pe zi la o cantină centrală, ca să ia masa, îngrijitorii au constatat că pot să programeze cel mai bine fluxul oamenilor cerându-le pacienților să se alinieze în pragul secției, gata de plecare, cu cincisprezece minute înainte de ora mesei, chiar dacă acest lucru îi făcea pe mulți pacienți să stea îngrămădiți vreme de un sfert de oră, fără să aibă nimic de făcut. Pacienții care lucrau și cei cu legături personale speciale cu îngrijitorii erau scutiți de această obligație și intrau la masă după plecarea tuturor celorlalți sau înaintea acestora, scutindu-se astfel de așteptare.

V

Am menționat trei mecanisme prin care un individ poate utiliza bunurile sau serviciile altuia: coerciția privată, schimbul economic și schimbul social. Fiecare dintre aceste mecanisme are propriul set de premise și propriile condiții sociale necesare. Dar imaginea aceasta este una simplificată analitic. Fiecare mecanism are o puternică acțiune constrângătoare asupra modului în care individul își prezintă activitatea în fața celorlalți. Însă în practică se exploatează concomitent mai multe temeiuri de folosire a altuia, existând doar obligația de a manevra aparența activității respective în așa fel încât unul singur dintre cele trei mecanisme să pară a determina ceea ce se petrece.

Spre exemplu, în contextul relației de patronaj este ușor, de obicei, să se facă distincția între plata economică și cea socială, dar în anumite cazuri survin dificultăți interesante. Am auzit un îngrijitor care negocia cu un pacient ce volum de muncă zilnică se cuvenea ca plată corectă pentru dreptul său de a se bărbieri în fiecare zi, negocierea survenind înainte ca părțile să ajungă la un acord; însă acesta este genul de

1. Același pacient susținea că putea să pară bine îmbrăcat în hainele kaki standard eliberate de spital atunci când avea voie să meargă în oraș, obținând de fiecare dată o pereche nouă de pantaloni, căci, înainte să fie spălați pentru prima oară, acești pantaloni aveau un luciu care îi făcea să poată trece drept produs de calitate superioară, iar materialul era suficient de țeapăn pentru a-și păstra dunga.

discuție care, după o vreme, devine o expresie spontană de respect reciproc. În plus, când un patron voia ca pacientul să presteze o activitate nouă sau considerată nepotrivită, cei doi puteau negocia favoruri și plăți speciale, pe care le stabileau dinainte, ceea ce grefa un contract economic impersonal pe o relație de tip necomercial[1].

Distincția dintre plățile economice și cele sociale mai implică și alte probleme. Așteptările pacientului că patronul său va stabili cu el un contract pur economic pentru spălarea mașinii îi determinau pe unii membri ai personalului să plătească spălarea unor mașini curate, întrebuințând astfel o practică economică din motive de întărire a legăturii cu pacientul. Pacienții despre care se credea că au cumpărat favorurile sexuale ale unor paciente erau dezaprobați, la fel și presupusele vânzătoare ale acestor favoruri, din moment ce se considera că activitatea sexuală trebuie să indice o legătură de tip exclusivist[2], nu una comercială, deschisă[3]. În plus, pare a fi implicată o anumită instabilitate : ceea ce se oferea anterior ca gest special de respect putea să devină, cu timpul, o așteptare standard, considerată firească, așa încât survenea un fel de proces regresiv : fiecare nou mod de manifestare a respectului se rutina și, ca urmare, își pierdea eficiența ca semn de considerație și trebuia suplimentat prin alte favoruri. Iar o dată ce un favor ajungea să fie considerat întru totul firesc, retragerea lui putea să provoace comentarii directe și fățișe. Spre exemplu, când participanții la o petrecere cu dans din clădirea de recreere mâncau toate prăjiturile pregătite pentru acea ocazie, ajutoarele de la bucătărie se plângeau pe față angajaților că li s-a luat ceea ce li se cuvenea ;

1. Situația opusă, a schimburilor economice restricționate la părțile implicate într-o relație de sprijin, a fost relatată frecvent în studiile asupra comunităților populare. Vezi, spre exemplu, C.M. Arensberg, *The Irish Countryman* (Peter Smith, New York, 1950), pp. 154-157 ; Service, *op. cit.*, p. 97. În comunitățile din insulele Shetland, unii locuitori fac, atenți, cumpărături cât de mici de la fiecare magazin, pentru a nu-l ofensa personal pe proprietarul magazinului. A nu cumpăra *nimic* de la un magazin local arată că respectivul client „nu-l mai place" pe proprietar.
2. Se poate adăuga că, în spitalele de psihiatrie, prostituția și activitatea percepută ca „nimfomanie" pot avea o influență dezorganizatoare la fel de mare asupra sexului ca simbol al unei relații reciproc exclusive : în ambele situații, o persoană nepotrivită din punct de vedere social poate obține, din motive nepotrivite, favorurile sexuale ale unei anumite femei.
3. Sykes sugerează, în *Society of Captives*, pp. 93-95, că în închisori există o mare diversitate de lucruri care ar putea fi vândute clandestin, dar despre care deținuții consideră că nu trebuie vândute, și că dedarea la acțiuni comerciale nepotrivite are ca efect etichetarea, din punct de vedere social, a deținutului respectiv : „[...] deținutul care vinde în loc să dea, pur și simplu, primește eticheta de *negușător* sau *coropcar*".

în consecință, pentru a avea liniște, lucrătorilor din bucătărie li se permitea să pună deoparte „rămășițele” înainte de a se servi propriu--zis mâncarea.

Se mai găseau și alte combinații tacite de coerciție, schimb economic și schimb social. Faptului că banii se dădeau într-un mod ritual, nu într-unul pur și simplu economic, îi corespundea fenomenul cerșitului, obicei foarte important în sistemele de schimb ale anumitor societăți. Pacienții nu așteptau să li se dăruiască mărunțiș și țigări, ci inițiau ei înșiși procesul. Câte un pacient se ducea la îngrijitorul preferat sau, uneori, la un alt pacient și îi cerea să-i „împrumute” zece sau douăzeci și cinci de cenți pentru un suc, ba chiar doi-trei cenți ca să-și completeze suma pentru ceea ce voia să cumpere. Stilul în care se efectua cerșitul adeseori – sugerându-se că persoana căreia i se adresa cererea era într-un fel „bleagă” și vinovată de o respectabilitate incurabilă – sugera faptul că, pe această cale, pacientul se distanța de situația proprie și-și transforma starea de sărăcie, ridicând-o la nivelul uneia onorabile. Indiferent ce semnificație ar fi avut, aceste acte de cerșetorie se înscriau între modalitățile de a-i convinge pe ceilalți să manifeste compasiune înainte ca ei să pară dispuși să facă acest lucru.

Diferitele temeiuri pentru folosirea altuia erau combinate și în alte feluri. O chestiune discutată în Spitalul Central, ca și în alte instituții asemănătoare, era aceea că, acordându-i-se unui îngrijitor obligația altruistă de a-i constrânge și de a-i supune fizic pe pacienții considerați primejdioși pentru ei înșiși și pentru ceilalți, i se oferea o acoperire convenabilă pentru coerciția particulară. Plățile economice și cele sociale ajungeau, de asemenea, să acopere manevre străine cu numele și de unele, și de celelalte. Când un pacient îl plătea pe altul ca să-i facă un comision mărunt, oferindu-i o țigară sau „un fum”, cel care plătea manifesta uneori o atitudine imperioasă în tranzacție, dând impresia că mai multă plăcere îi produce faptul de a-l determina pe celălalt să facă o treabă de servitor, decât serviciul în sine. Îngrijitorii paternaliști, de modă veche, din secțiile de incurabili, pregătindu-se să-i dea unui pacient dulciuri cumpărate cu banii acestuia pentru târguieli de la bufet, îl tachinau uneori, amânând acordarea favorului până când pacientul i-l cerea în mod umil sau afirma că vrea, într-adevăr, ceea ce urmează să-i dea îngrijitorul. Și dăruirea țigărilor parțial fumate era folosită uneori de îngrijitori și de pacienți deopotrivă pentru a-l umili pe primitor. Tot astfel, când o fundație caritabilă din afară organiza întruniri festive pentru toți pacienții în clădirea de recreere și, în pauză, își trimitea câțiva membri să împartă țigări de calitate tuturor pacienților, primitorul se găsea în situația de a primi pomană de la un necunoscut care nu-i

datora nimic. Dorința mare de a fuma țigări de calitate îi determina pe aproape toți pacienții prezenți să accepte aceste daruri ; dar în cazul celor recent internați sau a unora însoțiți de vizitatori, expresia de neplăcere, de dispreț pe jumătate ascuns sau de rușine arăta că nu există cadru potrivit – cel puțin nu din categoria celor benefice respectului de sine – pentru această activitate[1].

În sfârșit, este evident că orice modalitate declarată de a folosi bunurile sau serviciile altcuiva putea fi folosită (și uneori chiar era folosită) cu viclenie și cu tertipuri, astfel că un amator de pariuri se putea trezi înșelat, un cumpărător – tras pe sfoară, iar un prieten putea să constate că a fost folosit. (Teoretic, desigur, chiar și cel care crede că nu participă în nici un fel la scopurile altuia și care n-ar face conștient acest lucru se poate trezi că a contribuit, fără voie, la stratagemele altcuiva.)

Problema este că fiecare sector al vieții sociale și, mai concret, fiecare așezământ social oferă contextul în care se dau înfățișări caracteristice tehnicilor ce permit folosirea altuia, iar combinațiile tipice ale acestor tehnici sunt menținute în spatele aparențelor[2]. Tocmai aceste unități structurale de aparență și realitate trebuie să le studiem[3]. Aș vrea să adaug că, dată fiind o anumită entitate socială – relație, așezământ social, grup – ca punct de referință, putem examina totalitatea pretențiilor neoficiale ale oricărui participant asupra altora, numită uneori *clout*[*] în America, iar în URSS – *blat*.

Vreau să pun în discuție două chestiuni generale cu privire la viața clandestină din Spitalul Central.

---

1. Cunosc două paciente internate de mult timp care nu aveau nevoie de țigări și care erau suficient de bine crescute spre a accepta darul politicos, ca să nu-l pună într-o situație stânjenitoare pe cel care le împărțea.
2. Combinațiile stabile de plăți coercitive, economice și sociale au mare nevoie să fie studiate în mod special, astfel că putem folosi un cadru de referință pentru a cerceta asemănările și diferențele dintre plăți ca : prebenda, dijma, mita, gratificația, tributul, darul, onorariul, premiul, captura, bonusul, răscumpărarea. Trebuie să nu uităm că în majoritatea societăților, schimbul economic nu este cel mai important mod prin care se face transferul de bani, bunuri și servicii.
3. O relatare utilă a antecedentelor privind numeroasele temeiuri ale schimbului social pot fi găsite în Ralph Turner, „The Navy Disbursing Officer as a Bureaucrat”, *American Sociological Review*, XII (1947), pp. 342-348. Turner diferențiază trei temeiuri pentru distribuirea favorurilor : prietenia, prietenia simulată și, cel mai sărac în sentimente dintre toate, simplul schimb de favoruri ; însă în toate cele trei modele, ideea de pretenție oficială, de plată impersonală și de mită trebuiau negate fățiș. Vezi și Sykes, „Corruption of Authority”, *op. cit.*, p. 262, nota.

* Termen folosit cu sensul de „influență” (n.t.).

În primul rând, trebuie să fie clar că descrierea vieții clandestine dintr-o instituție poate furniza o imagine sistematic părtinitoare a traiului din acea instituție. În condițiile în care membrii se limitează la adaptări primare (fie din satisfacție, fie din incapacitatea de a construi o altă lume), viața clandestină poate fi nereprezentativă și chiar lipsită de importanță. În plus, adaptările secundare cel mai ușor observate pot fi cele complexe și pitorești, existând posibilitatea ca ele să fie practicate doar de o mână de lideri neoficiali cu relații, cum se întâmpla și în Spitalul Central. Comportamentul lor poate fi de mare importanță pentru cel care studiază problema, dacă acesta vrea să afle cum poate fi exploatată instituția respectivă și cum pot fi exploatate instituțiile în general; dar, căutând să afle gama și amploarea adaptărilor secundare, cel care le studiază poate să nu reușească să afle cum trăiește membrul de rând al respectivei instituții. Descrierea de față se concentrează, cu necesitate, asupra activității pacienților manipulatori cu libertate de mișcare, conferind o imagine exagerat de roz atât vieții pacienților din Spitalul Central luați per ansamblu, cât și eficienței tehnicilor folosite de ei pentru a-și modifica neoficial condițiile de viață.

A doua chestiune pe care o aduc în discuție vizează controlul social și formarea legăturilor.

Măsurile sociale care fac posibile schimburile economice și sociale funcționează, în mod evident, pentru ca individul să reușească să încorporeze în planul său de acțiune eforturile altora, mărind de mai multe ori eficiența adaptărilor secundare pe care le face singur, în beneficiul propriu. Este limpede că în vederea menținerii acestor măsuri sociale va fi necesară exercitarea unei forme de control social, pentru a-i ține pe oameni sub control, pentru a-i determina să se ridice la înălțimea aranjamentelor făcute și să-și respecte obligația de a efectua favoruri și acțiuni ceremoniale pentru alții. Respectivele forme de control social vor constitui adaptări secundare dintr-o categorie foarte specială: categoria adaptărilor aflate la baza unui complex vast de alte practici neoficiale, clandestine, care îl stabilizează. Iar din punctul de vedere al vieții clandestine a persoanelor din instituțiile totale, va trebui ca aceste forme de control să fie exercitate și asupra celor instituționalizați, și asupra angajaților.

Controlul instituționalizaților asupra angajaților, în instituțiile totale, ia anumite forme tradiționale; de pildă: aranjarea de „accidente" care să i se întâmple unui membru al personalului[1], respingerea în masă a unui anumit aliment[2], încetinirea activității de

1. Spre exemplu, Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, p. 130.
2. Cantine și Rainer, *op. cit.*, p. 4.

producție ori sabotarea sistemelor de canalizare, de iluminat sau de comunicație, toate acestea fiind foarte vulnerabile la acțiuni din partea indivizilor instituționalizați[1]. Alte modalități de sancționare a personalului pot lua forma sâcâielilor „colective” sau individuale și forme mai subtile de nesupunere rituală, cum ar fi tehnica, folosită în armată, de a saluta un ofițer enervant de la o distanță prea mare, cu prea multă precizie sau prea lent. La amenințarea întregului sistem de tehnici clandestine din partea personalului se poate răspunde cu acțiuni extreme, cum ar fi grevele și revoltele.

Există o concepție populară care spune că un grup de persoane instituționalizate exercită asupra membrilor săi un control social bine organizat și puternic, ca în cazul „proceselor” elaborate și desfășurate de deținuți. Și se pare că în închisori, un criteriu important de clasificare socială constă în gradul de încredere ce poate fi acordat unui deținut cu privire la adaptările secundare ale celorlalți deținuți[2]. Dar dovezile sugerează, în general, că gradul de control social exercitat de unii indivizi instituționalizați asupra altora este mic. Cel puțin viața clandestină din Spitalul Central părea caracterizată de lipsa acțiunilor clandestine de tip polițienesc[3], excepție făcând în această privință Temnița[4].

---

1. *Ibidem*, p. 10.
2. Vezi, spre exemplu, descrierea celor considerați „Right Guys” [„Băieți buni” – n.t.] făcută de Morris G. Caldwell în lucrarea „Group Dynamics in the Prison Community”, *Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science*, XLVI (1956), p. 651, și Gresham Sykes și Sheldon Messinger, „The Inmate Social System”, S.S.R.C. Pamphlet No. 15, *op. cit.*, mai ales pp. 5-11.
3. Nu iau în considerare controlul exercitat de îngrijitori cu privire la propriile adaptări secundare. De pildă, un pacient care a petrecut un timp în închisoarea spitalului afirma că îngrijitorii de acolo puteau să accepte mită pentru anumite servicii speciale și fără a se teme de turnători, fiindcă își pregăteau o schemă cu toți pacienții din acea secție cu care făceau tranzacții ilegale ; informatorul ar fi fost pus față în față cu un dosar care îi descria propria vinovăție. Cu siguranță, pacienții din ambele părți ale spitalului își exprimau adesea părerea că, dacă ar fi acuzat de cruzime sau de hoție pe vreun îngrijitor, personalul din secția respectivă i-ar fi „ținut partea” acestuia, orice s-ar fi întâmplat. Este interesant să comparăm aceasta cu datele despre un alt grup căruia meseria îi cere să exercite coerciție în mod direct – poliția – și cu informațiile care arată că polițiștii își acordă unii altora sprijin reciproc într-o măsură considerabilă. Vezi William Westley, „Violence and the Police”, *American Journal of Sociology*, LIX (1953), pp. 34-41, și „Secrecy and the Police”, *Social Forces*, XXXIV (1956), pp. 254-257.
4. Unii pacienți afirmau că Temnița din Spitalul Central este „organizată” în maniera mai cuprinzătoare a închisorilor pentru persoane sănătoase

Când un pacient se purta urât, era foarte probabil ca toți pacienții din aceeași secție cu el să sufere noi privațiuni ; fără doar și poate, când un pacient cu libertate de mișcare pe teritoriul spitalului evada și comitea un delict infam în afară, condițiile libertății de mișcare se aspreau temporar pentru mulți pacienți. Și totuși, în aceste cazuri, când acțiunile unuia determinau, pentru majoritatea, dificultăți în a face „afaceri" cu personalul, pacienții nu păreau să exercite represalii împotriva vinovaților[1]. În plus, „securitatea" clandestină părea slabă. Un pacient care se hotăra să evadeze putea să-și destăinuiască planurile unui prieten sau doi, dar o clică de cinci-șase indivizi părea să aibă un grad mare de nesiguranță în privința păstrării informațiilor secrete. Acest lucru se datora, în parte, faptului că psihiatrii din spital adoptau principiul că pacientul trebuie să spună totul, în interesul terapiei proprii ; printr-o extindere ciudată a acestui principiu, mulți pacienți considerau că își pot îmbunătăți propriul statut psihiatric turnându-și prietenii. Ca urmare, nu m-a surprins să aud o doamnă care lucra în clădirea de recreere spunând, cu resemnare și oarecare bunătate în voce :

> Știți, sunt exact ca niște copii ! Imediat ce unul face o greșeală, celălalt vine și-mi spune !

Tot astfel, nu m-a surprins când unul dintre cei mai de succes pacienți întreprinzători mi-a spus :

> În timpul Campionatului [Mondial], oricine putea să obțină orice, pe ascuns, chiar aici, în fața bufetului. Eu nu încerc nimic riscant aici, fiindcă sunt prea mulți spioni ai poliției, și albi, și de culoare, și nu se știe niciodată. Dacă vreau să fac un pariu, dau telefon și după-amiaza vine careva să-l ia.

---

psihic. Se susținea că acolo îngrijitorii puteau fi mituiți ca să „strecoare" o scrisoare ori să aducă articole de contrabandă, exista un agent de pariuri, „politica de pârnaie" înflorea, un grup exclusivist de pacienți „conducea treburile prin partea locului", iar pentru a regla lucrurile cu angajații care nu mai puteau fi controlați se folosea greva pacienților. Nu dețin informații directe despre aceste chestiuni.

1. În timpul cercetării pe care am efectuat-o, un pacient alcoolic, considerat de mulți „tupeist", a convins două asistente stagiare foarte apreciate să meargă cu el în comunitatea învecinată spitalului și să bea împreună. Fetele au fost prinse și trimise acasă înainte de terminarea stagiului, iar pacientul a fost retrogradat și transferat într-o secție inferioară. Am prezis, în sinea mea, că pacienții îl vor ostraciza pentru această purtare ; deși mulți l-au criticat când nu se afla de față, se pare că pacienții nu au luat nici un fel de măsuri concrete împotriva lui.

Lipsa controlului social neoficial și lipsa de cooperare extinsă a pacienților, descrisă anterior, trebuie considerate împreună ca dovezi a organizării sociale neoficiale slabe din partea acestora. Psihiatria poate explica acest lucru argumentând că, prin definiție, pacienții psihiatrici nu sunt capabili de ordine și solidaritate obișnuită, ceea ce nu explică la fel de bine anomia din închisori și din anumite lagăre de concentrare. În orice caz, este interesant să luăm în considerare și alte păreri. Una ar fi că pacienții din Spitalul Central manifestă prea puțină solidaritate reactivă : în loc să fie uniți pentru a-și apăra statutul de pacient împotriva lumii tradiționale, ei încearcă, grupați în clici și diade, să se definească drept persoane normale și să-i definească pe mulți dintre ceilalți pacienți prezenți drept nebuni. Pe scurt, foarte puțini pacienți au fost ori au ajuns să fie mândri de statutul de pacient[1]. Solidaritatea reactivă era slăbită, în plus, și de faptul că pacienților le venea greu să-i definească pe toți angajații ca fiind restrictivi și aspri, deși condițiile de viață din secție erau, fără doar și poate, restrictive și aspre.

VI

Descriind gama de adaptări secundare folosite de pacienții din Spitalul Central, am încercat să elaborez concepte cu ajutorul cărora să poată fi descrise și adaptările secundare din alte instituții. Partea de descriere a fost determinată de dorința de a efectua o analiză comparativă, nu de a obține o narațiune dramatică. Drept urmare, fluxul activității pacienților în Spitalul Central a fost segmentat în bucăți mici și neregulate, în scopul clasificării. De aceea, s-ar putea crea impresia că pacienții, cât era ziua de lungă, se angajau cu intermitențe în tot felul de șmecherii puerile și gesturi nesăbuite, ca să-și îmbunătățească viața, și că aceste manifestări jalnice nu contrazic prin nimic ideea noastră tradițională cum că pacienții psihiatrici sunt „bolnavi”. De aceea, vreau să afirm că, în realitate, pacientul efectua aproape toate adaptările secundare pe care le-am descris cu un aer de hotărâre realistă, inteligentă, suficient – o dată ce se cunoștea întregul context – pentru a-l face pe cel venit din afară să se simtă acasă, într-o comunitate mai degrabă asemănătoare celorlalte pe care le cunoștea, decât diferită față de ele. Există o maximă veche care spune că nu se poate trasa o linie de demarcație clară între oamenii normali

1. Idee sugerată de William R. Smith, care a efectuat studii nepublicate asupra solidarității persoanelor instituționalizate.

și cei bolnavi psihic, ci există un continuum, la un capăt aflându-se cetățenii bine adaptați, iar la celălalt, cei psihotici de-a binelea. Trebuie să spun că, după o perioadă de aclimatizare într-un spital de psihiatrie, ideea de continuum pare foarte prezumțioasă. O comunitate este o comunitate. Pe cât de bizară le pare celor străini de ea, pe atât de firească, deși nedorită, le pare celor care trăiesc în interiorul ei. Sistemul de interacțiuni pe care pacienții le folosesc între ei nu se situează la capătul nici unei clasificări, ci constituie un exemplu de asociere umană, de evitat, firește, dar pe care omul de știință merită să-l adauge într-un fișet circular, alături de toate celelalte exemple de asociere pe care le poate găsi.

Partea a treia : Concluzii

I

În toate așezămintele sociale există anumite așteptări oficiale cu privire la ceea ce-i datorează așezământului membrii săi. Chiar și atunci când nu există îndatoriri specifice – cazul anumitor slujbe de paznic de noapte –, organizația va cere o anumită atenție față de realitatea imediată, o anumită receptivitate la situația dată și o anumită capacitate de a face față unor evenimente neașteptate ; atât timp cât instituția le cere membrilor ei să nu doarmă în timpul serviciului, le cere să fie vigilenți cu privire la anumite chestiuni. Iar când somnul se înscrie între așteptări, cum este cazul domiciliilor sau al hotelurilor, vor exista limite cu privire la locul și momentul când are loc somnul, cu cine și ce principii trebuie respectate[1]. Iar dincolo de aceste pretenții la adresa individului, fie ele mari sau mici, conducerea oricărui așezământ va avea o concepție implicită și foarte cuprinzătoare cu privire la ce fel de caracter ar trebui să aibă individul pentru ca aceste pretenții la adresa lui să fie potrivite.

1. În Europa secolului al XV-lea, când călătorilor cu diligența li se cerea uneori să împartă patul, la han, cu un străin, existau cărți cu reguli de politețe care stabileau principiile purtării cuviincioase în pat. Vezi Norbert Elias, *Über den Prozess Der Zivilisation* (2 vol. ; Verlag Haus Zum Falken, Basel, 1934), vol. II, pp. 219-221, „Über das Verhalten im Schlafraum". În ceea ce privește sociologia somnului, sunt îndatorat lucrărilor nepublicate ale lui Vilhelm Aubert și Kaspar Naegle.

Ori de câte ori privim un așezământ social, găsim un opus al acestei prime teme : constatăm că participanții refuză, într-un fel sau altul, concepția oficială despre ce ar trebui să ofere organizației și ce ar trebui să primească de la ea și, dincolo de aceasta, ce fel de eu și ce fel de lume ar trebui să accepte pentru ei înșiși. Acolo unde se așteaptă entuziasm, vom găsi apatie ; unde se așteaptă loialitate, vom găsi necredință ; unde se așteaptă participare, vom găsi absenteism ; unde se așteaptă robustețe, vom găsi felurite boli ; unde se așteaptă executarea unor diferite sarcini, vom găsi diferite moduri de inactivitate. Găsim o multitudine de mici istorii familiare – fiecare, în felul ei, un demers spre libertate. Oriunde se alcătuiesc lumi, se dezvoltă vieți clandestine.

II

Studiul vieții clandestine din instituțiile totale, restrictive are un punct special de interes. Acolo unde existența oamenilor este redusă la minim, la un „schelet", putem afla ce fac ei pentru a-și îmbogăți viața. Tainițele, sistemele de transport, locurile libere, teritoriile, materialele pentru schimburi economice și sociale – acestea par să fie o parte din cerințele minime pentru a clădi o viață. În mod normal, aceste lucruri sunt considerate firești, făcând parte din adaptarea primară a individului ; văzând cum sunt obținute – neoficial, cu greutate, prin negocieri, iscusință, forță și viclenie –, le putem privi altfel semnificația. Studiul instituțiilor totale sugerează, de asemenea, că organizațiile formale au locuri vulnerabile standard, cum ar fi magaziile, infirmeriile, bucătăriile sau locurile unde se desfășoară activități foarte tehnice. Acestea sunt „ungherele umede" unde se nasc adaptările secundare și de unde încep să infesteze instituția.

Spitalul de psihiatrie reprezintă un caz aparte din categoria acelor așezăminte în care este foarte probabil să prolifereze viața clandestină. Pacienții psihiatrici sunt persoane care, în lumea din afară, au cauzat genul de probleme care să-i determine pe cei apropiați lor – din punct de vedere fizic, dacă nu social – să ia măsuri psihiatrice împotriva lor. Deseori, aceste probleme au fost asociate cu faptul că „prepacientul" și-a permis necuviințe situaționale de un fel sau altul, s-a comportat deplasat într-un anumit context. Tocmai aceste purtări necuviincioase aduc cu sine respingerea morală din partea comunităților, a instituțiilor și a relațiilor în care se află individul.

Stigmatizarea ca persoană bolnavă psihic și spitalizarea împotriva voinței sunt mijloacele prin care răspundem acestor ofense aduse

proprietății. Faptul că individul continuă să manifeste simptomele după internare și tendința sa de a manifesta noi simptome pe parcursul reacției inițiale la mediul spitalicesc nu-i mai pot servi drept mijloace de exprimare a nemulțumirii. Din punctul de vedere al pacientului, refuzul de a schimba o vorbă cu personalul sau cu ceilalți pacienți poate să reprezinte o dovadă cât se poate de clară că respinge concepția instituției despre ceea ce este și cine este el ; însă conducerea instituției poate să considere această expresie de alienare ca fiind exact genul de simptom pe care este chemată să-l trateze și cea mai bună dovadă că locul pacientului este, de drept, acela unde se găsește el la momentul respectiv. Pe scurt, spitalizarea psihiatrică dejoacă planurile pacientului, tinzând să-l lipsească de mijloacele obișnuite de exprimare prin care oamenii refuză să îmbrățișeze o instituție – insolența, tăcerea, remarcele *sotto voce*, lipsa de cooperare, distrugerea răutăcioasă a decorațiunilor interioare și așa mai departe ; aceste semne de neafiliere sunt interpretate în acest caz ca semne ale afilierii corecte. În asemenea condiții, toate adaptările sunt primare.

În plus, funcționează un proces de tip cerc vicios. Persoanele internate în secțiile „rele” constată că acolo primesc doar foarte puține echipamente de un fel sau altul : hainele le pot fi luate în fiecare noapte, se poate să nu primească materiale de recreere, iar mobilierul se reduce la scaune și banchete din lemn, masive. Actele de ostilitate la adresa instituției trebuie să facă uz de metode limitate și nerafinate, cum ar fi bătutul în podea cu un scaun sau lovirea unei pagini de ziar cu putere, pentru a scoate un sunet sâcâitor, ca de explozie. Cu cât aceste echipamente sunt mai puțin adecvate pentru a exprima respingerea spitalului, cu atât acțiunea în sine aduce mai mult a simptom psihotic și crește probabilitatea ca personalul de la conducerea spitalului să considere justificată trimiterea pacientului într-o secție rea. Când pacientul se trezește la izolare, complet dezbrăcat și fără nici un mod vizibil de exprimare, s-ar putea vedea nevoit să recurgă la sfâșierea saltelei, dacă poate, sau la a scrie cu fecale pe perete, acțiuni pe care conducerea le consideră concordante cu genul de persoană care trebuie ținută la izolare.

Putem vedea cum acționează acest proces circular și în cazul bunurilor mici, ilicite, ca niște talismane, folosite de instituționalizați ca mijloace simbolice prin care să se delimiteze de poziția în care se presupune că s-ar afla. Iată un exemplu din literatura despre închisori, pe care îl consider tipic :

> Îmbrăcămintea de închisoare este anonimă. Bunurile personale ale individului se limitează la o periuță de dinți, un pieptene, un prici – deasupra sau dedesubtul altuia –, jumătate din suprafața

> unei mese înguste și un brici. Ca în închisoare, nevoia de a aduna bunuri personale ajunge să capete o amploare ridicolă. Pietre, bucăți de sfoară, cuțite – orice obiect făcut de mâna omului și interzis într-o instituție pentru oameni –, orice, un pieptene roșu, o periuță de dinți altfel decât celelalte, o centură, toate aceste lucruri sunt adunate cu asiduitate, păzite cu posesivitate sau afișate triumfător[1].

Dar când un pacient căruia îi sunt luate hainele în fiecare seară își umple buzunarele cu bucăți de sfoară și petice de hârtie rulate și când se luptă să-și păstreze aceste bunuri în ciuda neplăcerilor provocate de acest fapt celor care trebuie să-i controleze buzunarele cu regularitate, de obicei se consideră că manifestă un comportament simptomatic ce descrie un pacient foarte bolnav, nu că este un om care încearcă să se delimiteze de locul care i s-a atribuit.

Doctrina psihiatrică oficială tinde să definească actele de alienare drept acte psihotice, concepție întărită de procesele circulare care îl determină pe pacient să manifeste alienarea în forme tot mai bizare; dar spitalul nu poate fi administrat în conformitate cu această doctrină. Spitalul nu poate refuza să ceară de la membrii săi exact lucrurile asupra cărora trebuie să insiste alte instituții; doctrina psihiatrică este suficient de flexibilă pentru a face acest lucru, dar instituțiile nu sunt. Date fiind standardele societății în care se află instituția, trebuie să existe măcar un minim de activități de rutină legate de hrănirea, spălarea, îmbrăcarea și culcarea pacienților și protejarea lor de vătămări fizice. Date fiind aceste activități de rutină, trebuie să existe felurite mijloace de a-i convinge pe pacienți să le efectueze. Trebuie să se formuleze cerințe față de pacienți și survine dezamăgirea când un pacient nu se ridică la înălțimea așteptărilor existente la adresa lui. Interesul de a vedea o „mișcare" sau o „îmbunătățire" a stării psihice după prima perioadă de internare îi determină pe membrii personalului să încurajeze conduita „adecvată" și să-și exprime dezamăgirea când un pacient alunecă iarăși în „psihoză". Astfel, pacientul redevine o persoană de care depind alții, o persoană care ar trebui să știe să se comporte corect. Unele comportamente necorespunzătoare, mai ales cele cum ar fi muțenia și apatia, care nu împiedică, ba mai mult, ușurează activitățile de rutină din secție, pot fi percepute în continuare, în mod naturalist, drept simptome, dar global, spitalul funcționează semioficial pe baza premisei că pacientul trebuie să se poarte într-un mod ușor de manevrat și să arate respect psihiatriei și că acela care se conformează va

---

1. Cantine și Rainer, *op. cit.*, p. 78. Se poate face o comparație cu obiectele pe care le adună în buzunare băieții mici; unele dintre aceste obiecte par să traseze o graniță între băiat și mediul său familial.

fi răsplătit prin îmbunătățirea condițiilor sale de viață, iar cel care nu se conformează va fi pedepsit prin micșorarea gradului de confort. În contextul acestei reinstaurări semioficiale a practicilor organizaționale obișnuite, pacientul constată că multe modalități tradiționale de a părăsi un loc fără a te depărta fizic de el și-au păstrat valabilitatea ; ca urmare, adaptările secundare sunt posibile.

III

Dintre numeroasele tipuri de adaptări secundare, unele prezintă un interes deosebit, deoarece clarifică tema generală a implicării și a lipsei de loialitate, caracteristică tuturor acestor demersuri.

Un asemenea tip special de adaptare secundară cuprinde „activitățile de deconectare” (sau pasiuni), acele demersuri care îi oferă individului ocazia de a se adânci în ele și de a uita de orice altceva, anihilând pentru moment percepția mediului în care se află și căruia trebuie să i se supună. În instituțiile totale, un caz exemplar îl oferă Robert Stroud, „Păsărarul”, care, pornind de la observarea păsărilor pe fereastra celulei sale, și-a construit printr-o serie spectaculoasă de tertipuri și improvizații un laborator și a ajuns un corespondent de frunte pe teme de ornitologie al publicațiilor medicale, toate acestea din închisoare[1]. Cursurile de limbi străine în lagărele pentru prizonieri de război și cursurile de arte plastice în închisori[2] pot avea același efect eliberator.

În Spitalul Central, pacienții aveau la dispoziție mai multe astfel de lumi în care să evadeze[3]. Una dintre ele era cea a sporturilor. Unii jucători de baseball și câțiva jucători de tenis păreau să devină atât de absorbiți de jocul lor și de palmaresul eforturilor proprii făcute în competiții, încât, cel puțin pe durata verii, acesta devenea interesul lor dominant. În cazul base-ballului, situația era întărită și de faptul

1. Gaddis, *op. cit.*
2. J.F.N., *op. cit.*, pp. 17-18.
3. Dincolo de categorizarea socială informală și alcătuirea informală de grupuri în închisori, se poate vedea adeseori o activitate de deconectare. Caldwell, *op. cit.*, pp. 651-653, oferă unele exemple interesante de prizonieri cu astfel de pasiuni : cei implicați în obținerea și folosirea drogurilor ; cei concentrați asupra prelucrării pieilor pentru vânzare ; „spartanii”, absorbiți de glorificarea propriului trup, vestiarul închisorii părând să joace rolul de promenadă pentru expunerea mușchilor ; homosexualii ; pasionații de jocuri de noroc etc. Fiecare dintre aceste activități are efectul de a construi o întreagă lume pentru individul angajat în ea, lume care o înlocuiește pe aceea a închisorii.

că pacienții cu libertate de mișcare puteau urmări meciurile naționale la fel de ușor ca și oamenii din afara spitalului. Unii pacienți tineri, care nu pierdeau nici o ocazie de a merge, când aveau voie, la petrecerile cu dans din clinica lor sau din clădirea de recreere, puteau trăi cu gândul la șansa de a cunoaște o persoană „interesantă” sau de a reîntâlni o persoană interesantă, deja cunoscută, tot așa cum studenții de la colegiu reușeau să reziste în perioadele de studiu anticipând noile „cunoștințe” pe care și le puteau face în activitățile extrașcolare. În Spitalul Central, „moratoriul asupra căsătoriei” elibera propriu-zis pacientul de obligațiile sale maritale față de un non-pacient, fapt care intensifica această activitate de deconectare. Pentru câțiva pacienți, producțiile teatrale bianuale constituiau o activitate de deconectare extrem de eficientă: probele, repetițiile, costumele, construirea decorurilor, punerea în scenă, scrierea și rescrierea piesei, interpretarea propriu-zisă, toate acestea păreau să reușească, la fel de bine ca în afara spitalului, să construiască o lume proprie pentru participanți. O altă pasiune, importantă pentru unii pacienți – și dătătoare de griji pentru preoții din spital – era îmbrățișarea entuziastă a religiei. Pentru câțiva pacienți mai erau și jocurile de noroc[1].

În Spitalul Central erau la mare preț mijloacele portabile de „evadare”: pacienții purtau cu ei romane polițiste[2], cărți de joc și chiar

1. Melville, *op. cit.*, dedică întregul capitol LXXIII jocurilor de noroc ilicite de la bordul fregatei sale.
2. Rolul de „evadare” din închisoare al lecturii este bine descris în Behan, *op. cit.*; vezi și Heckstall-Smith, *op. cit.*, p. 34: „Biblioteca închisorii oferea o gamă destul de mare de cărți. Dar, cu trecerea vremii, am ajuns să citesc doar pentru a-mi omorî timpul – citeam orice, tot ce-mi cădea în mână. În acele prime săptămâni, lectura acționa ca un somnifer și adeseori, în serile lungi de la începutul verii, adormeam cu cartea în mână”.
   Kogon, *op. cit.*, pp. 127-128, ne oferă un exemplu dintr-un lagăr de concentrare: „În iarna 1942-1943, în urma unui șir de furturi de pâine din Baraca 42 de la Buchenwald, a devenit necesar să punem un paznic de noapte. Mai multe luni la rând, m-am oferit voluntar pentru această îndatorire, luând schimbul de la trei la șase dimineața. Asta însemna să stau singur în camera de zi, în timp ce din celălalt capăt al clădirii răsunau sforăiturile tovarășilor mei. În sfârșit, eram eliberat de tovărășia ineluctabilă care, de obicei, restricționa și înăbușea orice activitate individuală. Ce plăcere să pot sta liniștit lângă o lampă cu abajur, afundat în *Dialogurile* lui Platon, în *Cântecul lebedei* de Galsworthy sau în operele lui Heine, Klabund, Mehring! Heine? Klabund? Mehring? Da, puteau fi citite în lagăr, ilegal. Se găseau printre cărțile recuperate din depozitele de maculatură din întreaga țară”.

puzzle-uri. Aceste mijloace îi ofereau pacientului posibilitatea de a evada din secție ori de pe teritoriul spitalului și, în plus, dacă trebuia să aștepte o oră ca să meargă în audiență la vreo oficialitate, să înceapă servirea mesei ori să se deschidă clădirea de recreere, putea să abordeze imediat implicațiile asupra eului avute de această subordonare, scoțând la iveală echipamentul prin care își crea propria lume.

Mijloacele individuale de creare a unei lumi erau uimitoare. Un pacient alcoolic, depresiv și suicidar, după toate aparențele bun jucător de bridge, îi disprețuia pe aproape toți ceilalți pacienți ca parteneri de joc; ducea cu el, ca „partener" fictiv, un manual de bridge în variantă de buzunar și din când în când scria acasă și cerea câte un set nou de mâini jucate în diferite competiții. Dacă avea la dispoziție dropsurile gumate preferate și radioul de buzunar, putea să se retragă, după voie, din lumea spitalului, înconjurându-și toate simțurile cu lucruri plăcute.

Prezentând activitățile de deconectare, putem aduce din nou în discuție chestiunea implicării excesive într-o instituție. În spălătoria spitalului, spre exemplu, exista un pacient care lucra acolo de mai mulți ani. Primise slujba de maistru neoficial și, spre deosebire de aproape toți ceilalți lucrători pacienți, se arunca în munca sa cu o capacitate, un devotament și o seriozitate evidente pentru mulți. Îngrijitorul însărcinat cu spălătoria spunea despre el:

> Acela e ajutorul meu special. Muncește mai mult decât toți ceilalți la un loc. Nu știu ce m-aș face fără el!

Ca răsplată pentru eforturile făcute, îngrijitorul îi aducea pacientului aproape în fiecare zi ceva de mâncare, de acasă. Și totuși, adaptarea folosită de acest pacient avea ceva grotesc, căci se vedea clar că profunda lui călătorie în lumea muncii are un caracter ușor fantezist; în definitiv, era pacient, nu maistru, și în afara locului său de muncă i se amintea foarte clar acest lucru.

Evident, după cum sugerează unele dintre aceste ilustrări, activitățile de deconectare nu sunt obligatoriu ilegale în sine; rolul pe care ajung să-l îndeplinească pentru persoana instituționalizată ne-a determinat să le examinăm împreună cu celelalte adaptări secundare. Poate că un exemplu extrem în această privință îl reprezintă psihoterapia individuală din spitalele de psihiatrie de stat; acest privilegiu este atât de rar în aceste instituții[1], iar contactul de acest fel cu un

1. Am calculat că, dintre cei aproximativ 7.000 de pacienți ai Spitalului Central, pe perioada cât am efectuat studiul, circa 100 au beneficiat în fiecare an de o formă sau alta de psihoterapie individuală.

psihiatru din spital este în asemenea măsură unic din punctul de vedere al structurii statutelor la nivelul spitalului, încât pacientul poate să uite în oarecare măsură unde se află, în timpul psihoterapiei. Primind realmente ceea ce instituția susține oficial că oferă, pacientul poate reuși să scape de ceea ce instituția oferă în realitate. Aici există o implicație generală : poate că orice activitate la care instituția îi obligă pe membrii ei sau la care le permite să participe constituie o amenințare potențială la adresa organizației, căci se pare că nu există nici o activitate în care individul să nu devină din cale-afară de absorbit.

O altă însușire este pusă în evidență foarte clar în anumite practici clandestine și, poate, reprezintă un factor în toate aceste practici : mă refer la ceea ce freudienii numesc uneori „supradeterminare". Unele activități ilicite sunt întreprinse cu oarecare sfidare, răutate, bucurie și triumf, dar și cu unele riscuri personale, toate acestea neputând fi explicate doar prin plăcerea intrinsecă a consumării produsului respectiv. Într-adevăr, o caracteristică principală a instituțiilor închise, restrictive constă în faptul că unele satisfacții aparent minore pot ajunge să fie definite ca satisfacții importante. Dar, chiar dacă facem corecția impusă de această reevaluare, tot mai rămâne ceva de explicat.

Un aspect al supradeterminării unor adaptări secundare este senzația că o practică ajunge să fie folosită *doar* pentru că este interzisă[1]. Pacienții din Spitalul Central care au reușit, prin manevre complexe, să evite regulile par adesea să caute un tovarăș, chiar și unul în care nu pot avea deplină încredere, pentru a-i înfățișa dovezi ale faptei lor. Un pacient întors cu mare întârziere din oraș după ce a gustat viața de noapte avea, a doua zi, un sac cu istorisiri despre isprăvile sale ; altul își trăgea prietenii deoparte și le arăta unde a ascuns sticla goală de băutură al cărei conținut l-a consumat cu o noapte înainte sau le arăta prezervativele din portmoneu. Nu era surprinzător nici să vezi cum sunt testate limitele de siguranță ale clandestinității. Cunoșteam un pacient alcoolic extrem de abil, care introducea pe teritoriul spitalului o sticlă de jumătate de litru cu vodcă, își turna într-un pahar de carton și se așeza pe cea mai expusă parte a peluzei pe care o putea găsi, iar acolo se îmbăta încetul cu încetul. În astfel de ocazii, îi plăcea să ofere ospitalitate persoanelor cu statut de semiangajați. Tot astfel, cunoșteam un îngrijitor care își parca mașina în fața bufetului – centrul social al universului pacienților ;

1. Această idee este dezvoltată de Albert Cohen în *Delinquent Boys* (The Free Press, Glencoe, Ill., 1955).

ședea acolo împreună cu un prieten pacient, discutând cele mai intime însușiri ale femeilor care treceau prin fața lor, cu un pahar din carton plin cu whisky așezat pe carcasa cutiei de viteze, la granița câmpului vizual al mulțimii, de parcă ar fi toastat pentru distanțarea lor de peisajul din jur.

Un alt aspect al supradeterminării unor adaptări secundare este faptul că demersurile pentru obținerea lor par să constituie, în sine, o sursă de satisfacție. După cum am arătat anterior cu privire la contactele din cadrul comportamentului de curtare, instituția poate fi definită la un moment dat drept adversarul individului într-un joc serios, obiectivul fiind acela de a marca împotriva spitalului. Astfel, am auzit grupuri de pacienți care discutau cu plăcere despre posibilitatea de a „marca” în seara aceea obținând cafea[1], folosind în mod corect acest termen mai vast pentru o activitate mai restrânsă[2]. Tendința deținuților de a introduce pe ascuns hrană și alte elemente de confort în celula unuia închis în regim de izolare poate fi privită nu neapărat ca act de caritate, ci și ca mod de a împărtăși, prin asociere, spiritul cuiva care ia atitudine împotriva autorității[3]. Tot astfel, planurile de evadare complexe, costisitoare ca resurse de timp consumat, pe care le țes pacienții, deținuții și prizonierii din lagărele de prizonieri de război pot fi privite nu doar ca simple modalități de a ieși, ci și ca mod de a atribui semnificație faptului de a se afla în respectiva instituție.

Avansez ipoteza că adaptările secundare sunt supradeterminate, unele dintre ele chiar deosebit de mult. Aceste demersuri îi folosesc

1. O descriere detaliată a conspirațiilor și eforturilor clandestine susținute necesare pentru a obține cafea în închisoare se găsește în Hayner și Ash *op. cit.*, pp. 365-366.
2. În mod tradițional, valoarea demersului propriu-zis de a obține ceva este considerată în raport cu societatea generală ; se afirmă că dependenții de droguri joacă un meci zilnic, extrem de semnificativ, împotriva societății ca să obțină doza zilnică și că proxeneții, șarlatanii și delincvenții muncesc din greu cu scopul uimitor și onorabil de a face bani fără a fi văzuți că muncesc pentru a-i obține.
3. Această idee este sugerată de McCleery, S.S.R.C. Bulletin No. 15, *op. cit.*, p. 60, nota : „Studiul de față sugerează că etalarea bunurilor și a privilegiilor printre persoanele instituționalizate are rolul de a simboliza statutul care trebuie obținut prin alte mijloace. Prin simboluri se declară capacitatea de a manipula puterea sau de a se împotrivi puterii, iar indivizii instituționalizați manifestă impulsul irezistibil de a oferi aceste simboluri celor supuși pedepsei, deși singurul lor rol constă în a se împotrivi cu curaj puterii”.

practicantului nu numai în modurile evidente, ci și în altele : indiferent ce altceva ar mai obține prin ele, practicile par să-i demonstreze (lui însuși, dacă nu și altora) că are o individualitate și o autonomie personală, pe care organizația nu o poate atinge[1].

IV

Dacă unul dintre rolurile adaptărilor secundare constă în a ridica o barieră între individ și entitatea socială la care trebuie să participe, ne putem aștepta ca anumite adaptări secundare să nu conțină vreun câștig intrinsec, ci să aibă doar rolul de a exprima o distanțare neautorizată, o „respingere a celor care te resping", cu rol de autoconservare[2]. Aceasta pare să se întâmple în cazul formelor foarte frecvente de nesupunere rituală, spre exemplu bombănitul sau protestele, în situațiile când nu se așteaptă ca acest comportament să producă într-adevăr schimbări. Prin insolență directă care nu este pedepsită imediat, prin remarce făcute așa încât să fie auzite doar vag de către autorități sau prin gesturi făcute în spatele persoanelor cu autoritate, subordonații exprimă o oarecare distanțare de locul care le este atribuit în mod oficial. Un fost deținut din penitenciarul de la Lewisburg ne oferă un exemplu ilustrativ :

> La suprafață, viața de aici pare să decurgă aproape pașnic, dar nu trebuie să treci decât foarte puțin dincolo de suprafață ca să găsești bulboanele și curenții mâniei și ai frustrării. Mormăielile de nemulțumire și de răzvrătire pot fi auzite mereu : replica disprețuitoare,

---

1. Această idee este minunat exprimată de Dostoievski, în descrierea vieții dintr-un lagăr siberian de prizonieri, *op. cit.*, p. 17 : „Iarăși mulți dintre deținuți erau deportați pentru contrabandă, ceea ce lămurește cum puteau să aducă rachiu pe ascuns în temniță, mai ales că erau păziți foarte deaproape și cercetările se făceau în dese rânduri. Ca s-o spun în treacăt, contrabanda e și ea o nelegiuire în felul ei. Își poate cineva închipui că banul, folosul adevărat de pe urma unei afaceri, n-are deseori decât o însemnătate de-a doua mână pentru un contrabandist ? Și cu toate astea, așa e. El lucrează printr-un fel de chemare ; și-n felul lui e un poet. Pune în joc tot ce are, se expune la cele mai groaznice primejdii, născocește, plănuiește, scapă, se descurcă, face totul uneori călăuzit parcă de-o inspirație. Această patimă e tot atât de oarbă ca și aceea a jocului". [versiunea în limba română : *op. cit.*, pp. 19-20 – n.t.]
2. Lloyd W. McCorkle și Richard Korn, „Resocialization Within Walls", *The Annals*, CCXCIII (1954), p. 88.

sotto voce, pe care o rostim ori de câte ori trecem pe lângă vreo oficialitate ori pe lângă un gardian, privirea tăioasă, calculată cu grijă ca să exprime dispreț, dar fără să incite la pedeapsă...[1]

Brendan Behan ne oferă o ilustrare dintr-o închisoare britanică:

> Gardianul a strigat la el. „Da, domnule!" a răcnit omul. „Vin acuma, domnule!", a mai zis el, adăugând, cu voce mai scăzută: „Grămadă de rahat ce ești!"[2].

Unele moduri de a lua atitudine deschis, dar fără risc, pe lângă cele autorizate, au frumusețea lor, mai ales atunci când sunt puse în aplicare colectiv. Și aici, închisorile ne oferă exemple:

> Cum să-ți exprimi disprețul față de autoritate? Stilul de a te „supune" ordinelor este o cale. [...] Negrii sunt deosebit de buni la parodie; uneori îi vezi că încep să mărșăluiască în pas de gâscă. Se așază la masă câte zece odată și-și dau bonetele jos simultan, cu mare precizie[3].

> Când capelanul urca la amvon ca să ne țină săptămânalul discurs emoționant de duminica, făcea de fiecare dată niște glume nesărate, la care noi râdeam întotdeauna cât de mult și de tare puteam, deși cred că-și dădea seama că facem haz de el. Și totuși, își păstra obiceiul de a face unele remarce vag amuzante și de fiecare dată biserica se umplea de un râs clocotitor [*sic!*], deși numai jumătate din public auzise ce spunea capelanul[4].

Unele acte rituale de nesupunere folosesc ironia, întâlnită în societatea largă sub forma politeții „de spânzurătoare", iar în instituții, în construirea de mascote cu profunde semnificații. În instituțiile totale, o ironie standard constă în scornirea de porecle pentru aspectele deosebit de amenințătoare sau de neplăcute din mediul înconjurător. În lagărele de concentrare, napii erau numiți „ananași

1. Hassler, *op. cit.*, pp. 70-71. Pentru un exemplu de proteste în mediul militar, vezi Lawrence, *op. cit.*, p. 132.
2. Behan, *op. cit.*, p. 45. În societatea americană, copiii de vârsta școlii primare învață foarte repede să încrucișeze degetele, să contrazică doar cu jumătate de gură și să se strâmbe mascat, exprimând prin toate aceste mijloace o marjă de autonomie chiar în timp ce se supun pedepselor verbale din partea învățătorului.
3. Cantine și Rainer, *op. cit.*, p. 106.
4. J.F.N., *op. cit.*, pp. 15-16. Vezi și Goffman, *Presentation of Self*, „conspirația batjocurii", pp. 186-188.

nemțești”[1], iar mărșăluitul în uniformă de luptă, „geografie”[2]. În secțiile de psihiatrie din spitalul Mount Sinai, pacienții cu vătămări cerebrale internați pentru operație numeau spitalul „Mount Cyanide”[3], iar medicii din secție:

> erau numiți greșit de cele mai multe ori, pacienții spunându-le „avocat”, „funcționar superior”, „șef de echipaj”, „unul dintre președinți”, „barman”, „inspector de asigurări” și „inspector de credit”. Unuia dintre noi (E.A.W.) i se spunea când „Weinberg”, când „Weingarten”, când „Weiner”, când „Wiseman” [...][4].

În închisoare, clădirea carcerei era numită uneori „grădina de ceai”[5]. În Spitalul Central, una dintre secții, unde se aflau pacienți incontinenți, era uneori considerată „secția de pedeapsă” pentru îngrijitori, care o numeau „grădina de trandafiri”. O fostă pacientă psihiatrică oferă o altă ilustrare:

> În camera de zi, Virginia a hotărât că schimbarea hainelor reprezintă Terapia prin Găteală. T.G. În ziua aceea îmi venise rândul la T.G. Asta ar fi fost amuzant, dacă ai fi tras un pahar zdravăn. De paraldehidă. Cocteilul Ienupăr, îi spuneam noi, doamnele vesele de pe Dealul Ienupărului. Un martini, vă rog, spuneam noi, cele mai rafinate. Și, soră, unde e măslina?[6]

Desigur, trebuie înțeles că lumea amenințătoare la care se răspunde cu ironie nu trebuie să fie neapărat patronată de autoritatea unor oameni străini, ci poate fi autoimpusă ori impusă de natură – cazul persoanelor grav bolnave care fac glume pe seama situației lor[7].

Însă dincolo de ironie este un tip mai subtil și mai grăitor de nesupunere rituală. Există o postură aparte care poate fi adoptată în fața unei autorități străine; ea combină rigiditate, demnitate și detașare în anumite proporții, exprimă suficientă insolență pentru a aduce pedeapsa imediată și, în același timp, arată că omul respectiv

1. Kogon, *op. cit.*, p. 108.
2. *Ibidem*, p. 103.
3. Edwin Weinstein și Robert Kahn, *Denial of Illness* (Charles Thomas, Springfield, Ill., 1955), p. 21.
4. *Ibidem*, p. 61. Vezi mai ales cap. VI, „The Language of Denial”.
5. Dendrickson și Thomas, *op. cit.*, p. 25.
6. Mary Jane Ward, *The Snake Pit* (New American Library, New York, 1955), p. 65.
7. O prezentare utilă a ironiilor și a altor tehnici de confruntare cu amenințările la adresa vieții ne oferă Renée Fox în lucrarea *Experiment Perilous* (The Free Press, Glencoe, Ill., 1959), pp. 170 și urm.

este cu desăvârșire independent. Cum acest mesaj se realizează prin postura corporală și prin expresia feței, poate fi transmis constant, oriunde s-ar afla individul instituționalizat. Unele ilustrări se găsesc în societatea închisorilor :

> „Corectitudinea" presupune curaj, lipsa fricii, loialitate față de camarazi, evitarea exploatării, refuzul hotărât de a recunoaște superioritatea sistemului oficial de valori și repudierea ideii că deținutul face parte dintr-o categorie inferioară. Ea constă, în principal, în afirmarea integrității, a demnității și a valorii fundamentale a individului, într-o situație esențialmente degradantă, și în expunerea acestor calități personale indiferent de demonstrațiile de forță ale sistemului oficial[1].

Tot astfel, în Spitalul Central, în secțiile „dure" de pedeapsă, cu maximă securitate, unde indivizii nu prea mai aveau mare lucru de pierdut, se puteau găsi exemple grăitoare de pacienți care nu făceau eforturi pentru a crea probleme, ci transmiteau prin postura adoptată o atitudine netulburată și un oarecare dispreț pentru personalul de la toate nivelurile, combinate cu o stăpânire de sine desăvârșită.

V

Ar fi ușor să explicăm apariția adaptărilor secundare pe baza faptului că indivizii au o gamă de nevoi, înnăscute sau cultivate, și că, aflați într-un mediu care interzice satisfacerea acestor nevoi, ei răspund pur și simplu creându-și mijloace improvizate de satisfacere. Cred că această explicație nu denotă importanța acestor adaptări clandestine pentru structura eului.

Obiceiul de a salva din ghearele unei instituții o părticică din propria persoană este extrem de vizibil în spitalele de psihiatrie și în închisori, dar poate fi găsit și în instituții mai benigne, mai puțin totalitare. Vreau să argumentez că această recalcitranță nu reprezintă un mecanism accidental de apărare, ci o componentă esențială a eului.

---

1. Richard Cloward, „Social Control in the Prison", S.S.R.C. Pamphlet No. 15, *op. cit.*, p. 40. Vezi și Sykes și Messinger, *op. cit.*, pp. 10-11. Unele grupuri minoritare folosesc, la adresa societății în general, o variantă a acestei posturi neprovocatoare, dar care avertizează. Putem face, spre exemplu, comparația cu complexul „armăsarului semeț", întâlnit la negrii americani din mediul urban.

Sociologii au avut întotdeauna un interes legitim să evidențieze modalitățile prin care individul este format de grupuri, ajunge să se identifice cu grupurile și se ofilește dacă nu obține sprijin emoțional din partea grupurilor. Dar când observăm cu atenție ce se petrece într-un rol social, într-o revărsare de interacțiuni sociale, într-un așezământ social sau în orice altă formă de organizare socială, nu vom vedea doar îmbrățișarea entității respective. Vom descoperi de fiecare dată că individul folosește metode pentru a păstra o oarecare distanță, un oarecare loc de manevră între sine și modelul cu care ceilalți consideră că el trebuie să se identifice. Fără îndoială că un spital de psihiatrie de tipul celor de stat furnizează teren extrem de fertil pentru dezvoltarea acestor adaptări secundare, dar, de fapt, la fel ca buruienile, ele răsar în orice tip de organizare socială. Așadar, dacă aflăm că în toate situațiile studiate realmente participantul a ridicat bariere de protecție împotriva legăturilor sale sociale, de ce să ne bazăm concepția despre eu pe felul în care s-ar purta individul dacă s-ar afla în condițiile „potrivite"?

Cea mai simplă concepție sociologică despre individ și despre eul lui spune că individul este pentru sine însuși așa cum îl definește locul pe care îl ocupă într-o organizație. Dacă se fac presiuni asupra lui, sociologul modifică acest model, acceptând anumite complicații: eul poate să nu fie deja format sau poate fi dedicat unor direcții contradictorii. Poate că ar trebui să complicăm și mai mult construcția, ridicând aceste restricții la rang principal și definind de la început individul, în scopuri sociologice, ca entitate care asumă o atitudine, adoptă o poziție undeva între identificarea cu o organizație și opoziția față de ea și este gata să-și regăsească echilibrul, la cea mai mică presiune, mutându-și implicarea fie într-o direcție, fie în cealaltă. Așadar eul poate să se formeze *împotriva a ceva*. Acest lucru a fost apreciat de către cercetătorii totalitarismului:

> Pe scurt, Ketman se referă la împlinirea de sine *împotriva* a ceva. Practicantul de Ketman suferă din cauza obstacolelor pe care le întâlnește; dar dacă aceste obstacole ar fi îndepărtate dintr-o dată, s-ar trezi într-un vid care, poate, s-ar dovedi mult mai dureros. Revolta interioară este uneori esențială pentru sănătatea spirituală și poate crea o anumită formă de fericire. Ceea ce se poate spune deschis este adesea mult mai puțin interesant decât magia emoțională a apărării sanctuarului intim al persoanei[1].

1. Czeslaw Milosz, *The Captive Mind* (Vintage Books, New York, 1955), p. 76.

Am argumentat aceeași ipoteză în contextul instituțiilor totale. Să nu stea lucrurile la fel și în societatea liberă?

Fără ceva la care să aparținem nu avem un eu stabil; și totuși, dedicarea și atașamentul total față de orice entitate socială presupune un fel de lipsă a identității. Sentimentul nostru de a fi o persoană poate să provină din faptul că suntem atrași într-o entitate socială mai amplă; sentimentul nostru de identitate poate să se nască din micile gesturi de împotrivire la adresa curentului. Statutul nostru este protejat de clădirile solide ale lumii, în timp ce simțământul de identitate personală se află adesea în crăpăturile acestora.

Modelul medical și spitalizarea psihiatrică[1]

Însemnări despre vicisitudinile meseriei de depanator

1. Le sunt recunoscător lui Fred Davis și lui Sheldon Messinger pentru criticile și sugestiile lor, pe care le-am încorporat fără să le menționez în mod special. Tot fără a face referiri specifice, m-am inspirat și din lucrarea fundamentală în acest domeniu: Alfred H. Stanton și Morris S. Schwartz, „Medical Opinion and the Social Context in the Mental Hospital", *Psychiatry*, XII (1949), pp. 243-249.

În fiecare societate există modalități preferate în care doi indivizi – două rude, spre exemplu, sau un membru al castei superioare și unul al castei inferioare – pot să se apropie și să interacționeze. Fiecare asemenea cadru de referință pentru interacțiune poate fi, în același timp, sursă de identitate, ghid pentru modul ideal de comportare și temei atât pentru solidaritate, cât și pentru delimitare. În fiecare caz constatăm că anumite presiuni caracteristice îi împiedică pe oameni să-și realizeze pe deplin idealul și că devierile rezultante au ecouri caracteristice. Drept urmare, cel care studiază societatea poate folosi, pentru scopurile sale, aceleași modele pe care le întrebuințează membrii societății pentru obiectivele lor.

În societatea noastră occidentală, un mod important de interacțiune între doi indivizi este când unul joacă rolul de prestator de servicii, iar celălalt – rolul de beneficiar al serviciului. Explorând supozițiile și idealurile aflate în spatele acestei relații ocupaționale, cred că putem înțelege unele dintre problemele spitalizării psihiatrice.

I

Sarcinile ocupaționale specializate pot fi împărțite în două categorii : una în care practicantul „întâlnește publicul” prin intermediul activității sale și a doua – în care nu-l întâlnește, prestând activitatea doar pentru membrii stabili ai organizației sale de muncă. Consider că problema confruntării cu publicul și cea a controlării publicului sunt suficient de importante ca să merite să-i considerăm împreună pe toți cei care trăiesc această experiență. Ceea ce înseamnă că, pentru scopurile acestui studiu, vânzătorul dintr-un magazin de unelte gospodărești și muncitorul dintr-o fabrică de unelte trebuie să fie separați, în ciuda asemănărilor dintre ocupațiile lor.

Sarcinile care îi cer individului implicat în ele să se confrunte cu publicul pun în evidență două tipuri : unul în care publicul este

alcătuit dintr-o succesiune de indivizi izolați, iar al doilea, în care publicul este alcătuit dintr-o succesiune de grupuri mari de indivizi. Dentistul efectuează primul tip de activitate, iar actorul de comedie, pe al doilea.

Sarcinile care îi cer practicantului să se afle față în față cu publicul (fie într-o formă, fie în cealaltă) diferă în privința măsurii în care le sunt prezentate respectivului public drept serviciu personal, adică drept sprijin dorit de destinatar. La modul ideal, o *ocupație de prestare de servicii personale* poate fi definită ca ocupație în care practicantul execută un serviciu personal specializat pentru un număr de indivizi, serviciul respectiv cerându-i să se angajeze în comunicare personală directă cu ei, dar nefiind legat în alte moduri de persoanele servite[1]. Conform acestei definiții, faptul de a primi o citație nu reprezintă pentru destinatar un serviciu personal. Psihologul care vinde teste vocaționale unor persoane care vor să-și cunoască aptitudinile prestează un serviciu personal, dar dacă testează aceleași persoane în numele biroului de angajări al unei organizații, acestea sunt pur și simplu subiecții activității sale și nu clienții săi. Tot astfel, în ciuda limbajului agenților de recensământ, excludem servitorii domestici din categoria prestatorilor de servicii, căci o slujnică are stăpână, nu public ; de asemenea, exclud femeile de serviciu, căci ele nu se angajează în mod curent în comunicații directe cu persoanele care merg pe pardoseala proaspăt spălată de ele.

În această lucrare vreau să pun în discuție ocupațiile de prestare a serviciilor personale, așa cum le-am definit aici, dar voi include și unii profesioniști care nu se încadrează întru totul în definiția mea, din moment ce idealul aflat la baza ei atrage și oameni care nu sunt în măsură să i se conformeze. Devierile de la un ideal autoimpus sau impus de alții creează probleme de identitate pe care cercetătorul trebuie să le înțeleagă din perspectiva idealului și le să înțeleagă diferențiat, în funcție de relația dintre deviație și ideal : agentul de vânzări auto performant și medicul unei companii de asigurări oferă, amândoi, ceva mai puțin decât un serviciu personal, dar dintr-un complex diferit de motive.

Un criteriu tradițional pentru clasificarea ocupațiilor de prestare a serviciilor personale vizează cât de onorabil sunt ele văzute, la o

1. Interesul sociologiei pentru ocupațiile de prestare a serviciilor provine în mare măsură de la Everett C. Hughes și este documentat în activitatea studenților săi de la Universitatea Chicago, în special Oswald Hall și Howard S. Becker. Vezi mai ales lucrarea acestuia din urmă, „The Professional Dance Musician and His Audience”, *American Journal of Sociology*, LVII (1951), pp. 136-144.

extremă aflându-se profesiile liberale, iar la cealaltă, meșteșugurile și meseriile umile. Această distincție poate crea ambiguitate, căci îi separă prin rang pe cei cu spirit asemănător. Delimitarea pe care vreau să o folosesc îi plasează la o extremă pe cei care efectuează un serviciu superficial și tehnic, cum ar fi controlorii de bilete sau telefonistele, iar la cealaltă extremă, pe cei cu o abilitate expertă care include o competență raționabilă, demonstrabilă, poate fi exercitată ca scop în sine și nu poate fi dobândită de persoana servită. Prestatorii superficiali tind să aibă solicitanți sau grupuri de solicitanți ; prestatorii experți tind să aibă clienți. Este foarte probabil ca ambele tipuri de prestatori să aibă o anumită independență față de persoana pe care o servesc, dar numai experții sunt în măsură să transforme acea independență într-un rol solemn și plin de demnitate. În această lucrare vreau să pun în discuție tocmai premisele sociale și morale ale prestării experte, nu ale celei superficiale.

Avansez ipoteza că idealurile aflate la baza prestării experte, în societatea noastră, își au rădăcinile în cazul în care prestatorul are de reparat, de construit sau de depanat un sistem fizic complex, sistemul fiind obiectul personal sau proprietatea personală a clientului. De aici înainte, în această lucrare, acolo unde voi folosi termenul „relație de prestare” (sau „ocupație de prestare”), mă voi referi la acest caz pur, cu excepția situațiilor în care contextul va impune referiri mai amănunțite.

Avem de-a face cu un triunghi – prestator, obiect, posesor – care a jucat un rol istoric important în societatea occidentală. Toate marile societăți au prestatori experți, dar nici una nu a acordat mai multă greutate acestor servicii decât a noastră. Societatea noastră este una de prestări în asemenea măsură, încât până și instituțiile cum sunt magazinele au ajuns să urmeze acest stil, măcar declarativ, dacă nu faptic, răspunzând astfel la nevoia funcționarilor și a clienților de a simți că se furnizează un serviciu personal expert, chiar dacă nu mai speră să-l realizeze.



Tipul de relație socială pe care îl voi discuta în lucrarea de față este acela în care unele persoane (clienți) se dau pe mâinile altor persoane (prestatori). La modul ideal, clientul aduce în această relație respectul pentru competența tehnică a prestatorului și încrederea că acesta o va folosi în mod etic ; de asemenea, aduce recunoștință și un onorariu. De cealaltă parte, prestatorul aduce : o competență ezoterică și eficientă empiric, precum și dorința de a o pune la dispoziția clientului ; discreție profesională ; o circumspecție voită, care îl determină să manifeste o lipsă disciplinată de preocupare față de celelalte probleme ale clientului și chiar (în ultimă instanță) față de motivul

pentru care clientul îi dorește serviciile; și, în sfârșit, o politețe lipsită de servilism[1]. Așadar aceasta este meseria de depanator.

Putem începe să înțelegem relația de prestare examinând conceptul de onorariu. Există două aspecte prin care onorariul diferă de preț[2]. În mod tradițional, onorariul nu este echivalent cu valoarea propriu-zisă a serviciului prestat. Când sunt prestate servicii a căror valoare pentru client este foarte mare la momentul respectiv, prestatorul trebuie, la modul ideal, să se limiteze la onorariul stabilit prin tradiție – probabil atât cât are nevoie prestatorul ca să-și asigure traiul decent și să-și dedice viața chemării sale. Pe de altă parte, când sunt prestate servicii cu importanță foarte redusă, prestatorul se simte obligat fie să renunțe cu totul să mai pretindă un onorariu, fie să ceară un onorariu fix destul de mare, evitând astfel să i se irosească timpul sau să-i fie măsurată contribuția (și, în ultimă instanță, persoana) pe o scală ce poate ajunge la zero[3]. Când prestează servicii de maximă importanță pentru clienți foarte săraci, prestatorul poate considera că a nu percepe deloc onorariu este o soluție mai demnă (și mai sigură) decât perceperea unui onorariu redus[4]. Prestatorul evită astfel să joace după cum îi cântă clientul sau chiar să negocieze și poate demonstra că este motivat de o implicare dezinteresată în propria meserie. Și cum meseria sa este una de depanare, care are de-a face cu sisteme bine închise, fizice, reale, constituie exact genul de muncă față de care poate exista implicarea dezinteresată: o bună meserie de depanare sau de construcție este, totodată, una cu care prestatorul se poate identifica;

1. Această descriere a relației de prestare se inspiră mult din lucrarea lui Parson, „The Professions and the Social Structure”, pe care continuu să o consider de primă clasă în acest domeniu. Vezi și Talcott Parsons și Neil Smelser, *Economy and Society* (The Free Press, Glencoe, Ill., 1956), pp. 152-153.
2. Vezi, spre exemplu, A.M. Carr-Saunders și P.A. Wilson, *The Professions* (The Clarendon Press, Oxford, 1933), secțiunea „Fees and Salaries”, pp. 451-460.
3. Cu cât activitatea de depanare tinde spre registrul inferior, cu atât prestatorul va trebui să renunțe la a mai pretinde onorariu pentru anumite servicii minore, dar specializate. În rândurile cizmarilor, aceste acte de *noblesse oblige* pot ajunge, într-adevăr, nobiliare tocmai într-o perioadă istorică în care lorzii nu-și mai pot permite versiunea originală a acestui gest.
4. Carr-Saunders și Wilson, *op. cit.*, p. 452: „În majoritatea celorlalte profesii [*altele decât cea de contabil*], asociațiile încearcă să-și convingă membrii să nu ceară unii onorarii mai mici decât ceilalți, deși nu apar niciodată obiecții față de renunțarea la onorariu când clientul este sărac”.

acest lucru adaugă activității în sine un temei de interes autonom. Teoretic, cealaltă parte a motivației prestatorului constă în a ajuta omenirea în general.

Atașamentul prestatorului față de propria concepție despre sine ca expert dezinteresat și disponibilitatea sa de a relaționa cu alții pe această bază constituie un fel de jurământ laic de castitate și se află la temelia modului minunat în care îl folosesc clienții săi. În prestator, aceștia găsesc o persoană lipsită de motivele personale, ideologice sau contractuale obișnuite pentru a-i ajuta ; însă este cineva care le va arăta un intens interes temporar, din propria lor perspectivă și urmărindu-le binele. Un cercetător al relațiilor umane sugerează :

> Așa cum îl definește această cultură, expertul este o persoană care își obține venitul și statutul, împreună sau separat, prin folosirea în slujba altora a informațiilor neobișnuit de exacte sau de adecvate din domeniul său. Această „folosire în slujba altora" reprezintă un punct fix în organizarea noastră industrial-comercială. Expertul nu se ocupă de uneltele și echipamentele din domeniul său ; nu este „comerciant", „colecționar", „cunoscător" sau „pasionat", căci aceștia își folosesc abilitățile în primul rând în interes personal[1].

Ca urmare, pentru client este avantajos să se încreadă în cei cu privire la care nu dispune de garanțiile obișnuite ale încrederii.

Această calitate – „demn de încredere" –, disponibilă la cerere, ar furniza și singură o bază unică de relaționare în societatea noastră ; dar mai există încă un factor : activitatea prestatorului are de-a face cu o competență rațională, iar dincolo de aceasta se află credința în raționalism, în empirism și în mecanicism, spre deosebire de procesele, în mai mare măsură autoreferențiale, care îi chinuie pe oameni.

La modul ideal, interacțiunea ce are loc când clientul și prestatorul sunt împreună ia o formă relativ structurată. Prestatorul se poate angaja în operațiuni mecanice, manuale asupra obiectului clientului, cu precădere demersuri de tipul diagnostic ; de asemenea, se poate angaja în schimburi verbale cu clientul. Partea verbală conține, la rândul ei, trei componente : una *tehnică*, anume furnizarea și obținerea de informații relevante pentru reparație (sau construcție) ; o componentă *contractuală*, care cuprinde un anunț, deseori scurt și discret, privind costurile aproximative, timpul de lucru aproximativ și altele asemenea ; în sfârșit, o componentă *sociabilă*, alcătuită din câteva replici minore de politețe, curtoazie și semne de respect. Este important de

1. Harry Stack Sullivan, „The Psychiatric Interview", *Psychiatry*, XIV (1951), p. 365.

observat că tot ce se petrece între prestator și client poate fi asimilat acestor componente ale activității și că orice divergență poate fi înțeleasă din perspectiva acestor așteptări normative. Asimilarea completă a interacțiunii dintre prestator și client în acest cadru de referință constituie deseori, pentru prestator, unul dintre testele ce evidențiază o relație de prestare „bună”.

Informațiile relevante din punct de vedere tehnic necesare prestatorului pentru a repara sau pentru a construi cu eficiență îi parvin din două surse : din declarațiile verbale ale clientului și de la obiectul în sine, prin impresia directă pe care i-o face prestatorului. Urmând obiceiul folosit uneori în medicină, putem numi dificultățile prezentate de client *simptome*, iar datele obținute direct de prestator – *semne*, deși nu există nici un motiv anume pentru aceste utilizări semantice. Demnitatea relației de prestare se bazează în parte pe capacitatea clientului de a contribui cu informații utile, chiar dacă filtrate prin limbajul și sensibilitatea nespecialiștilor. În acest caz, prestarea poate dobândi într-un fel caracterul unui demers comun, în care prestatorul manifestă oarecare respect pentru evaluarea nespecialistă făcută de client problemei în cauză.

Prestatorul are contact cu două entități fundamentale : clientul și obiectul defect al acestuia. Se presupune că clienții sunt ființe cu autodeterminare, entități ale lumii sociale, care trebuie tratate cu respectul și ritualurile cuvenite. Obiectul acestuia face parte din altă lume și trebuie interpretat dintr-o perspectivă tehnică, nu una rituală. Succesul prestării depinde de măsura în care prestatorul menține delimitarea dintre aceste două entități de tipuri diferite, în același timp dându-i fiecăreia ce i se cuvine.

II

Să ne ocupăm în continuare de obiectul pe care prestatorul îl repară sau îl construiește. Am descris acest obiect (sau bun) ca pe un sistem fizic care are nevoie de atenția unui expert și mă voi concentra asupra reparațiilor, acestea fiind mai frecvent întâlnite decât construirea. De ideea reparațiilor se leagă concepția despre ciclul de reparare, ale cărui faze aș vrea să le descriu pe scurt.

Putem începe prin a examina concepția noastră cotidiană despre etiologie. Banalul cui ne poate servi drept punct de plecare, căci este un obiect care deschide frecvent un ciclu de reparare. Un cui aflat pe șosea poate opri o mașină ; cuiul unui scaun poate sfâșia pantalonii ; un cui pe covor poate strica aspiratorul ; iar un cui pe pământ

poate răni talpa piciorului. Observați că un cui nu este un element caracteristic al mediului, ci, într-un fel, o apariție aleatorie, izolată ; mediul nu este complet responsabil pentru ea. Așadar contactul cuiului cu obiectul este un ghinion, un accident, o întâmplare neprevăzută. O dată petrecut acest contact, urmează un fel de transfer cauzal : micul rău este transplantat și capătă un statut cauzal intim, persistent la nivelul obiectului. Spunem : „M-am așezat și mi-a intrat o așchie în picior” sau „Mergeam cu mașina și mi-a intrat un cui în roată”. De asemenea, observați că, deși cuiul și mașina pot fi blestemate pentru necazul pe care îl provoacă, nu se obișnuiește ca serviciul căruia i se adresează clientul și cu atât mai puțin prestatorul să atribuie la modul serios intenție sau răutate agentului vătămător sau bunului vătămat. (Doar atunci când clientul nu folosește unele precauții de bun-simț sau sfaturile expertului, prestatorul ajunge să aibă, inevitabil, un rol moral.)

Agentul străin intrat într-un sistem fizic poate fi contracarat permanent de capacitățile corectoare interne ale sistemului însuși, prin remediere naturală sau prin compensare naturală, în acest caz încetând să mai constituie o problemă pentru posesorul obiectului. Dar în cazul multor agenți perturbatori urmează o altă etapă, anume cea a funcționării tot mai defectuoase în timp. Răul cel mic se răspândește, până când întregul sistem este pus în pericol. Astfel, cauciucul, o dată înțepat, se dezumflă tot mai mult, până când janta se distruge și mașina nu mai poate fi condusă.

Există un punct-limită în care posesorul obiectului vede, în cele din urmă, că bunul său a suferit o vătămare. Dacă nu poate face singur reparația și dacă își definește problema drept una la care îl poate ajuta un prestator, posesorul devine client în căutarea unui prestator sau în căutarea trimiterii către un prestator, printr-o serie de intermediari.

După ce găsește prestatorul, clientul îi duce întregul obiect sau tot ce a mai rămas din el, plus părțile defecte, atunci când se poate. Elementul central în această situație este faptul că clientul pune la dispoziția prestatorului întregul complex al bunului său, tot ce îi va trebui prestatorului pentru a-și face meseria.

După aceasta începe faimosul proces : observație, diagnoză, prescripție, tratament. Prestatorul retrăiește imaginar problema așa cum a trăit-o clientul, prin relatarea acestuia ; apoi procedează la o inventariere scurtă a ceea ce mai rămâne din obiect, însă de această dată, desigur, defectul de funcționare se petrece sub ochii, urechile și nasul specialistului. (Este remarcabil cum, în acest punct, apare adesea halatul de laborator de un fel sau altul, simbolizând nu doar

caracterul științific al muncii prestatorului, ci și accentul spiritual al intenției dezinteresate.)

După ce prestatorul și-a terminat treaba, poate urma o perioadă de convalescență de-a lungul căreia obiectul este supus unor solicitări reduse și se urmăresc cu atenție eventualele semne de recidivă sau de insuficiență a reparației. Grija și vigilența se reduc treptat la verificări periodice prin sondaj, prin care clientul însuși sau uneori prestatorul se asigură cât se poate de bine că lucrurile stau așa cum s-a dorit.

Ultima etapă a ciclului reparației survine atunci când obiectul este „ca nou” sau, chiar dacă e puțin slăbit în locul unde a fost reparat, a ajuns oricum în stadiul în care nu mai există nici un pericol dacă nu se mai acordă câtuși de puțină atenție întregii chestiuni a reparației.

Aș vrea să adaug o observație istorică, relevantă pentru ciclul reparației. Una dintre schimbările fundamentale petrecute în ocupația de depanator, în ultima sută de ani, este renunțarea la cărucioarele depanatorilor și la vizitele la domiciliu și apariția *complexelor de ateliere*. În loc ca prestatorul să vină cu uneltele sale la client, clientul vine la prestator și-i lasă acestuia obiectul defect, întorcându-se ulterior ca să-și recupereze obiectul reparat.

Fără îndoială, faptul de a avea, ca prestator, propriul loc de muncă aduce numeroase avantaje, lucru care a constituit, desigur, unul din motivele pentru apariția atelierelor. Adeseori, clienții preferă o adresă fixă, care le oferă permanent serviciile necesare, decât o dată fixată ori o serie de vizite la domiciliu anuale, lunare sau săptămânale. Un alt avantaj derivă din mai buna diviziune a muncii. Având un atelier, prestatorul poate investi în utilaje grele, fixe. În plus, poate să accepte mai multe reparații în același timp, împărțind activitățile astfel încât lucrătorii săi calificați, care îl costă mult, să nu facă munci necalificate. Nu trebuie să refuze prestarea unui serviciu cât timp se ocupă de un altul și nici să aștepte, fără să facă nimic, între două reparații, ci își poate distribui munca manipulând timpul cât obiectele de reparat sunt ținute în atelier.

Un alt set de avantaje aduse de atelier au un caracter social, având de-a face cu greutatea mai mare a statutului prestatorului, dobândită o dată cu achiziționarea unui atelier. Deținând în proprietate sau cu chirie propriul atelier, prestatorul nu mai este supus situațiilor în care clientul îl dă afară din casă ori în care poliția îi cere să-și „vadă de drum”. Clientul devine oaspetele prestatorului. În plus, întrucât clientul nu se află de față cât timp se execută reparația propriu-zisă, i se pot ascunde foarte ușor greșelile și rotunjirea notei de plată ; de asemenea, intervalul de timp cât prestatorul are nevoie

de obiectul clientului îi permite prestatorului să obțină un plus de demnitate pentru activitatea lui și să ceară un preț mare[1]. În sfârșit, genul de îmbrăcăminte, de atitudini corporale și de acțiuni de îngrijire fizică asociate cu munca manuală pot fi delimitate net de genul de fațadă personală care se potrivește cel mai bine cu aspectele verbale ale relațiilor dintre prestator și client. Poate fi angajat un specialist în curățenie personală care să stea mereu „în față” sau, dacă nu, șeful de atelier poate să-și spele mâinile, să-și scoată șorțul și să-și pună sacoul când aude clopoțelul de la intrare.

Este evident că atelierul ar putea slăbi complexul de prestare. În definitiv, clientul trebuie să renunțe la posesiunea asupra obiectului timp de mai multe zile la rând și în nici un caz nu mai poate să exercite control asupra reparației, observându-l pe prestator cum lucrează. Dar poate că nevoia crescută de încredere a determinat creșterea calității serviciilor. În orice caz, când un spațiu de activitate se fixează într-un anumit loc dintr-o comunitate, prestatorul ajunge supus într-un nou mod oamenilor pe care îi servește. Se știe unde poate fi găsit ; în consecință, se află la dispoziția clienților nemulțumiți și este supus atitudinii generale a comunității față de el. În aceste condiții, se va simți constrâns să furnizeze servicii de care clienții să nu se plângă.

III

Să examinăm în continuare unele premise conceptuale aflate la baza relației de prestare și a ciclului de reparație.

Pentru ca un bun sau un obiect să-i fie de folos posesorului, diferitele sale părți componente trebuie să funcționeze cum se cuvine unele în raport cu celelalte. Discurile cutiei de viteze trebuie să se angreneze, sângele trebuie să curgă, roțile trebuie să se învârtă, mâinile trebuie să se miște. Aici există o coincidență fericită care merită evidențiată : funcționarea obiectului, văzută „ca din propriul lui punct de vedere”, are o anumită legătură cu faptul dacă posesorul său îl va putea întrebuința ori nu. În unele cazuri, cum sunt cele ale obiectelor mecanice, coincidența a fost aranjată în prealabil, intenționat, obiectul fiind proiectat în primul rând ca să folosească într-un anumit fel când funcționează bine. În alte cazuri, cum sunt cele ale animalelor de povară și ale propriilor noastre corpuri, coincidența nu

1. Vezi E. Goffman, *The Presentation of Self in Everyday Life* (Anchor Books, New York, 1959), pp. 114-115.

este proiectată intenţionat, dar, chiar şi aşa, există. Pentru ca un cal să poată fi folosit la muncă, el nu trebuie să fie prea bolnav.

O a doua permisă a relaţiei de prestare este aceea că bunul îi aparţine clientului în întregime şi, prin lege, are dreptul să facă orice doreşte cu el.

În al treilea rând, se presupune că bunul formează nu doar un sistem relativ închis, ci şi unul suficient de mic pentru ca posesorul să-l poată muta dintr-un loc în altul sau, dacă nu, măcar să poată fi văzută simultan, ca întreg, atât de către posesor, cât şi de către prestator.

În al patrulea rând şi cel mai important, bunurile supuse activităţilor de prestare formează nu doar sisteme relativ închise şi relativ transportabile, ci şi clase distincte şi evident delimitate de sisteme. Indiferent dacă avem de-a face cu produse naturale sau fabricate, este vorba de produse alcătuite după un tipar, cu reproducere strictă şi cu folosirea unor soluţii standardizate pentru problemele de construcţie sau de reparaţie, chiar şi atunci când înfăţişarea exterioară a produselor dintr-o categorie anume poate să difere. În consecinţă, dacă prestatorul cunoaşte funcţionarea unui reprezentant dintr-o categorie dată, are automat competenţa de a se ocupa de ceilalţi reprezentanţi ai aceleiaşi categorii[1].

Există şi unele premise aflate la baza dezvoltării atelierelor, care ar trebui explicate.

Prima premisă este aceea că mediul atelierului este benign în raport cu vătămarea suferită de obiect ; atelierul va opri agravarea disfuncţiei, chiar dacă nu va produce, singur, nici o remediere. O maşină prin al cărei acoperiş pătrunde ploaia este dusă într-un garaj acoperit sau învelită cu o prelată până când se poate începe lucrul la ea ; această precauţie nu repară acoperişul, dar are rolul de a opri avansarea fisurii şi degradarea tapiţeriei. Un scaun care începe să se crape se poate să nu fie reparat imediat în atelierul unde este dus, dar se presupune că acolo nu se va aşeza nimeni pe el, ca să agraveze stricăciunea.

O a doua premisă este aceea că bunul în cauză este suficient de independent faţă de mediul său de origine ca să permită transplantarea temporară în atelier, fără ca aceasta să producă noi stricăciuni.

---

1. Desigur că progresul tehnologic aduce unele limitări. Un mecanic auto care se pricepe să demonteze şi să reconstituie doar un Ford Model A dispune, actualmente, de unele abilităţi de mecanică auto pe care nu le poate folosi şi are unele probleme de mecanică auto pe care nu le poate rezolva.

A treia premisă: clientul nu este legat iremediabil de bunul său și poate suporta așteptarea pe care o va presupune, foarte probabil, ducerea lui la un atelier. Adeseori, clientul îl folosește cu intermitențe, astfel că timpul cât bunul îi lipsește nu este în întregime irosit[1]; el poate să considere întreaga perioadă cât bunul nu îi stă la dispoziție ca perioadă ocupată de activitatea de reparație.

Am înfățișat unele supoziții pe care trebuie să le facem cu privire la bunurile ce pot constitui obiectul prestărilor și cu privire la atelierele de prestări pentru ca relația de prestare să se desfășoare în mod ideal. Un ultim set de asemenea supoziții vizează structura clientelei.

Caracterul relației de prestare pare să presupună următoarea cerință: clientela trebuie să fie un grup de persoane care folosesc în mod voluntar serviciul de prestare, într-un mod ce le interzice să ia măsuri concertate cu privire la el; astfel, clientela are putere asupra prestatorului doar ca ansamblu de persoane, nu ca o colectivitate. În aceste condiții, prestatorul nu depinde neapărat de atitudinea favorabilă a unui client ori a altuia; el poate să refuze cu politețe clientul pe care consideră că nu-l va putea servi adecvat, la fel cum oricare dintre clienți se poate retrage, dacă relația se dovedește nesatisfăcătoare. În mod ideal, ambele părți se angajează voluntar în această relație, la fel ca persoanele care trăiesc în păcat, și există o limită a plângerilor rezonabile pe care o parte sau cealaltă poate să le formuleze la adresa relației, rămânând angajată în ea. În mod ideal, prestările experte exprimă respectul reciproc dintre client și prestator și sunt menite să constituie un proces onorabil.

IV

Caracterul relației de prestare, așa cum l-am descris aici, are o logică proprie. Date fiind diferitele sale premise, prestatorul va fi capabil să se definească justificat drept persoană care, pentru un simplu onorariu, oferă un serviciu expert de care clientul are nevoie cu adevărat, iar clientul va putea să creadă cu convingere că în societate există străini binevoitori, foarte competenți și dedicați competenței lor în așa măsură, încât își oferă serviciile spre a rezolva problemele altora pentru un simplu onorariu. Însă, deși relația de prestare este

1. Recent, acest punct delicat din schema prestărilor a fost întărit prin obiceiul de „împrumut": când cineva își lasă ceasul, radioul sau mașina la reparat, primește cu împrumut, de la prestator, un înlocuitor al obiectului său, până la terminarea reparației.

alcătuită după acest tipar pur și nobil, îi lipsește sprijinul instituțional care întărește unele dintre celelalte relații extrem de prețuite ale noastre, cum ar fi cele familiale. Drept urmare, ne putem aștepta ca, de fiecare parte a relației, cadrul de drepturi și îndatoriri să formeze un fel de matrice a temerilor și îndoielilor, chiar dacă ambele părți implicate în relație se comportă adecvat. Clientul se întreabă : „Oare prestatorul acesta este cu adevărat competent? Ceea ce face îmi servește interesele? Mă încarcă la preț? Mă disprețuiește în taină din cauza stării în care se află bunurile mele ?". (Fiecare dintre aceste dimensiuni de potențială încălcare a principiilor poate să apară în lipsa celorlalte, astfel că numărul total de posibilități este destul de mare.) Prestatorul se întreabă : „Oare clientul acesta chiar are încredere în mine? Ascunde faptul că «a sondat terenul» înainte să vină la mine? Va plăti onorariul ?".

Pe lângă aceste temeri generale, ne putem aștepta să apară și altele, specifice ; o dată ce vedem complexul prestării de servicii drept ceea ce este – un ideal și un model –, putem aprecia că fiecare tip de serviciu va avea propriile cazuri speciale de chestiuni ce nu pot fi abordate cu ușurință între granițele acestui model, ceea ce dă naștere la dificultăți caracteristice.

De pildă, există necesități pentru unele servicii, cum sunt cele efectuate de instalatori, care tind să-i fie prezentate prestatorului drept crize : familia trebuie să aibă apă imediat sau cineva trebuie să oprească potopul de apă pornit. În același timp, instalatorul nu poate aduce echipamentul defect în mediul sigur al atelierului său, ci trebuie să-și facă meseria sub privirea celor din casă.

O altă dificultate apare în cazul acelor servicii, cum sunt reparațiile radio și TV, în care complexul onorariului a slăbit în mod considerabil și clienții consideră adesea (pe bună dreptate) că sunt „fraieriți". Dar aparența de demnitate asociată cu aceste servicii nu a scăzut, ci este susținută de onorariul tot mai ridicat.

În plus, există în societatea modernă anumite curente care slăbesc complexul prestărilor. Numeroase agenții de prestări consideră că este mai profitabil să vândă doar produse noi, decât să irosească spațiu și oameni pentru activitatea de depanare. Cei care mai execută, totuși, reparații tind să introducă un întreg set nou de intervenții interne – să înlocuiască părțile componente principale, în loc să le repare cu abilitate[1] – și, desigur, există tendința către „comerțul

1. Cu privire la aceasta și la alte devieri de la idealul prestării de servicii, vezi F.L. Strodtbeck și M.B. Sussman, „Of Time, the City, and the «One--Year Guaranty» : The Relations between Watch-Owners and Repairers", *American Journal of Sociology*, LXI (1956), pp. 602-609.

automatizat”, de tipul automatelor sau al bufetelor cu autoservire, care reduce considerabil rolul prestatorului sau îl elimină complet.

O altă problemă majoră cu privire la validitatea modelului de prestare constă în acea că prestatorii, în mod inevitabil, fac efortul de a-și alege o clientelă pe baza unor factori irelevanți din punct de vedere tehnic, cum ar fi statutul de clasă socială sau capacitatea de a plăti ; clienții se comportă în mod asemănător. Tot astfel, este probabil ca prestatorul să-și trateze diferențiat clienții, pe baza unor variabile irelevante, deși poate că o mai mare deviație de la ideal survine până la găsirea unui prestator decât în comportamentul ulterior găsirii sale.

O sursă importantă de dificultăți constă în aceea că dubla independență care există, în mod ideal, între prestator și client este pusă adesea în pericol. Când prestatorul nu este unul „independent”, adică afacerea respectivă nu îi aparține, relațiile sale cu clienții pot suporta constrângeri cauzate de pretențiile ridicate de conducere față de el. (Desigur că, la rândul ei, conducerea poate întâmpina numeroase probleme provocate de eforturile angajaților de a prelua rolul de prestator față de clienții companiei.) Se poate ajunge la situația în care managerul unei firme de prestări servicii, cum ar fi un atelier mare de reparat încălțăminte, își arogă integral contactul cu publicul, înlăturându-i pe ceilalți pantofari din categoria prestatorilor așa cum am definit-o aici, și aceasta indiferent de clasificările populare și de cele de recensământ. Tot astfel, există problemele celor a căror profesie este considerată, în general, neadecvată pentru practica independentă, cum ar fi dreptul sau arhitectura, dar care se găsesc pe un post în care au o clientelă captivă, sunt ei înșiși captivii unei clientele ori au un singur client ; puse în tiparul tradițional al prestatorului liber, aceste persoane tind să se pună pe sine și să-i pună și pe alții în situații dificile, adoptând o atitudine pe care faptele nu o susțin. Medicii de la curte ne oferă un exemplu, amintindu-ne că, în prezent, demnitatea serviciului medical cere ca medicul unui cap încoronat să fie și medicul altor persoane. Și, desigur, dacă clienții unui prestator provin din aceeași comunitate stabilă, este probabil să existe între ei relații de comunicare, măcar potențiale, dacă nu reale, și să fie oricând gata să se coalizeze pentru a forma un „sistem de referință nespecialist” care să exercite o putere neașteptată asupra prestatorului[1].

1. Termenul „sistem de referință nespecialist” l-am preluat din Eliot Freidson, „Client Control and Medical Practice”, *American Journal of Sociology*, LXV (1960), pp. 374-382.

Mai trebuie menționate două surse de dificultăți în privința aplicării modelului de prestare a serviciilor, ambele vizând consecințele sociale ale profesionalizării. Cultivarea atitudinii dezinteresate, care inspiră încredere, pare să ducă la autoamăgire pe două căi. În primul rând, atenția tot mai mare acordată de prestator intereselor clientului îl poate face să-și formuleze concepții ideale cu privire la respectivele interese, iar acest ideal, alături de standardele profesionale de politețe, eficiență și spirit de prevedere pot uneori să intre în conflict cu ceea ce un client anume consideră, într-o situație dată, că sunt interesele *proprii*. Chiar și un specialist în decorațiuni interioare îi poate spune politicos unui client să caute pe altcineva, refuzând să îndeplinească dorințele nepotrivite ale acestuia.

În al doilea rând, cu cât prestatorul este mai preocupat să ofere servicii de bună calitate și cu cât profesia în care activează primește dreptul public de a exercita control asupra lui, cu atât este mai probabil ca prestatorului să i se dea sarcina publică de a menține standardele comunității, lucru care, uneori, poate contraveni intereselor unui anumit client. Spre exemplu, codul respectat de un constructor îl obligă pe client să accepte anumite elemente de considerație față de vecinii săi, indiferent dacă clientul dorește sau nu acest lucru. Un alt caz de acest tip îl reprezintă obligația avocaților de a oferi doar consiliere juridică legală. În această situație se încalcă în mod fundamental ideea de client independent și de prestator independent, de la care am pornit. Acum avem o triadă – client, prestator, comunitate –, ceea ce poate afecta în mod esențial prestarea serviciilor, chiar într-o măsură mai mare decât caracterul triadic ce apare când prestatorul se afiliază unei instituții de un fel sau altul și își împarte loialitatea între clienții firmei și conducerea acesteia.

V

Să trecem acum la varianta medicală a modelului serviciilor de depanare[1]. Faptul că ne oferim corpul prestatorului de servicii medicale și modului rațional-empiric în care le tratează acesta constituie, fără îndoială, unul dintre elementele cele mai importante ale complexului prestării de servicii. În mod interesant, încetățenirea treptată

---

1. Se poate face comparație cu T.S. Szasz, „Scientific Method and Social Role in Medicine and Psychiatry”, *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, CI (1958), pp. 232-233, și, de același autor, „Men and Machines”, *British Journal for the Philosophy of Science*, VIII (1958), pp. 310-317.

a concepției despre corp ca bun ce poate beneficia de servicii – un fel de mașină fizico-chimică – este citată adesea drept un triumf al spiritului științific laic, când, de fapt, acest triumf pare să fi fost, parțial, atât cauză, cât și efect al respectului tot mai mare pentru toate tipurile de servicii experte.

Semnele folosite actualmente de practicanții medicinei, mai ales cele ce presupun muncă rafinată de laborator, sunt tot mai sofisticate, însă practicanții medicinei tot mai afirmă că se bazează pe pacienți ca să le descrie simptomele ; clientul rămâne participant respectat în relația de prestare. Dar, la fel ca în cazul altor specialități, există puncte delicate în ceea ce privește potrivirea tratării corpului în cadrul de referință al prestării de servicii. Aș vrea să menționez unele dintre ele, cu specificarea faptului că aceleași probleme survin, într-o măsură oarecare, și în alte tipuri de servicii prestate.

Prima chestiune se referă la faptul că, în societatea noastră, trupul este, după cum spun psihanaliștii, puternic investit emoțional ; oamenii pun mare preț pe aspectul și pe funcționarea lui și tind să se identifice cu el. Se simt neliniștiți când este vorba să-și supună corpul manevrelor rațional-empirice ale altora ; ca urmare, au nevoie ca „încrederea” lor în prestator să fie mereu întărită prin asigurări suplimentare. Însă nu trebuie pus un accent prea mare pe această problemă, și aceasta nu pentru că persoanele ar înceta să se mai identifice cu corpul lor, ci din cauza a ceea ce aflăm, treptat, despre măsura mare în care se identifică și cu obiecte evident delimitate de corpul lor, cum ar fi ceasurile de mână și mașinile, văzând orice amenințare la adresa acestor „obiecte bune” ca pe o amenințare la adresa eului.

Însuși faptul că clienții se arată dispuși să lase soarta trupului lor în mâinile medicilor implică anumite probleme pentru practicanții medicinei : ei pot descoperi că empatia cu pacienții îi supune unui stres emoțional atunci când nu sunt siguri ce este în neregulă sau ce se poate face pentru pacient, ori atunci când au convingerea că nu se mai poate face mare lucru și trebuie să-i împărtășească respectiva informație pacientului (sau persoanei care răspunde de el), a cărui soartă o vor pecetlui prin acest act[1]. Dar poate că această problemă nu ține de prestarea serviciilor medicale ca atare, ci de indivizii care o efectuează.

---

1. O analiză a presiunilor pe care le resimte un medic și care îl îndeamnă să evite comunicarea unei prognoze proaste cunoscute și să formuleze o opinie atunci când, de fapt, se simte nesigur ne oferă Fred Davis, „Uncertainty in Medical Prognosis, Clinical and Functional”, *American Journal of Sociology*, LXVI (1960), pp. 41-47.

O altă problemă constă în aceea că trupul este un bun ce nu poate fi lăsat în grija prestatorului, cât timp clientul își vede de celelalte treburi. Este adevărat, medicii demonstrează o capacitate remarcabilă de a îndeplini partea verbală a rolului de prestator în timp ce execută partea mecanică, fără ca această delimitare să se șteargă, dar există aici dificultăți inevitabile, deoarece clientul este foarte interesat de ceea ce se întâmplă cu corpul lui și se află într-o situație care îi permite să vadă foarte bine ce manevre se fac. (Desigur că frizerii, coafezele și prostituatele cunosc, la rândul lor, aceste probleme, căci activitatea mecanică de slabă calitate din partea lor poate fi percepută instantaneu de clientul mereu atent.) O soluție este anestezia ; alta este minunatul tip de „tratament nonpersonal” întâlnit în lumea medicală, în cadrul căruia pacientul este întâmpinat la sosire cu o atitudine care poate trece drept politicoasă, i se spune „la revedere !” în același mod, însă între aceste două momente, totul se petrece de parcă pacientul nu s-ar afla acolo ca persoană socială, ci doar în calitate de bun pe care cineva l-a lăsat acolo[1].

Un alt aspect problematic în medicină vizează marja apreciabilă de simple acțiuni paliative, de „proceduri opționale” și de tratamente fără succes. În cazul multor obiecte mecanice, orice defecțiune posibilă poate fi remediată, depinzând doar de cât de mult din obiectul original trebuie înlocuit cu părți componente noi, lucru care poate să nu necesite abilități deosebite. Un mecanic radio cu competență medie poate repara un aparat de radio cu desăvârșire defect, prin simplul expedient al verificării segmentelor de circuit și al înlocuirii pieselor acolo unde pare să se localizeze problema. Un distribuitor de piese auto bine aprovizionat se poate lăuda că este în stare să construiască în depozitul său o mașină completă, din piesele care-i stau la dispoziție, și are dreptate. În medicină nu se întâmplă același lucru. Anumite părți ale corpului nu pot fi înlocuite și nu toate dereglările fizice pot fi corectate. În plus, datorită eticii medicale, medicul nu-și poate sfătui pacientul să arunce la gunoi obiectul foarte defect sau foarte uzat care a devenit corpul lui (sfat pe care îl pot da prestatorii serviciilor de reparație pentru alte tipuri de obiecte), deși poate să dea astfel de sfaturi, indirect, altor părți interesate.

1. Soluția nepersonală pare deosebit de eficientă când medicul examinator este însoțit de colegi și de subordonați, cum este cazul vizitei, căci în această situație va avea la dispoziție parteneri pentru o conversație tehnică despre caz. Acest mod de suprimare a prezenței sociale a pacientului este atât de eficient, încât soarta îi poate fi discutată deschis lângă patul său, fără ca participanții la discuție să fie nevoiți să simtă o grijă suplimentară ; vocabularul tehnic, presupus a fi necunoscut pacientului, ajută în această privință.

Deși această probabilitate scăzută de reparație este caracteristică medicinei, există tehnici eficiente pentru managementul îndoielii. Chiar și în cazul unui neurochirurg, care se poate aștepta să-și piardă jumătate din pacienți, clienții pot fi determinați să înțeleagă că acesta este doar un departament riscant, de ultimă alegere, al medicinei, tolerabil în virtutea probabilității de eficiență atinse în multe dintre celelalte departamente. În plus, există servicii experte, deși nu de tipul celor reparatorii – cum sunt cele oferite de avocat sau de broker –, în care probabilitatea de reușită poate foarte bine să fie mai scăzută decât în medicina generală și sentimentul de serviciu profesional etic să supraviețuiască. În toate aceste cazuri, prestatorul poate să adopte atitudinea că, indiferent dacă reușește sau eșuează într-o ocazie anume, totuși întrebuințează cele mai bune tehnici și-și folosește capacitățile la maxim și că, în general, este mai bine să te bizui pe acele tehnici și capacități decât pe simplul noroc. Relațiile continue și pline de respect dintre mulți brokeri și clienții lor atestă faptul că, o dată ce definiția dată de un prestator situației este acceptată, clienții se arată dispuși să accepte o probabilitate cu foarte puțin mai mare decât simpla șansă ca justificare pentru continuarea relației. Clientul constată că trebuie să se gândească nu cât de bine a reușit cu ajutorul prestatorului, ci cât de rău s-ar fi descurcat fără el ; înțelegând acest lucru, este determinat să accepte tributul suprem adus abilităților ezoterice : plata cu voie bună a onorariului, în ciuda pierderii obiectului pe care prestatorul a fost angajat să-l salveze.

O altă dificultate interesantă care survine în aplicarea modelului serviciilor de depanare la practica medicală este faptul că, în unele cazuri, agentul vătămător este recunoscut a nu fi un eveniment improbabil și aleatoriu din mediu, ci mediul însuși. Astfel, pentru unele afecțiuni fizice, o anumită climă sau un anumit tip de muncă au efect agravant. Dacă pacientul își poate permite schimbarea completă a contextului de viață, mediul patogen poate fi considerat ca fiind doar unul dintre numeroasele medii posibile și, ca urmare, membrul întâmplător al unei categorii în general sănătoase. Însă pentru mulți pacienți, schimbarea contextului de viață nu poate fi realizată, iar modelul de prestare a serviciilor nu poate fi aplicat în mod satisfăcător.

La faptul că mediul însuși poate fi agentul patogen se asociază posibilitatea de a exercita medicina la nivelul comunității, tratând nu individul izolat, ci o unitate socială mare și reducând probabilitatea unei anumite boli în rândul unei întregi categorii de persoane, în loc să se vindece un anumit pacient. Domeniul epidemiologiei folosește această abordare și constituie nu atât o amenințare la adresa practicii medicale asupra indivizilor, cât un supliment al acesteia.

Deși putem avea încredere că numeroși indivizi vor acționa ca agenți responsabili și cu voință proprie în privința corpului lor, este evident că indivizii foarte tineri, cei foarte bătrâni și cei bolnavi psihic trebuie supuși de altcineva îngrijirilor medicale „spre binele lor”, lucru care modifică radical relația obișnuită între client, bunul acestuia și prestator. Deseori se încearcă să se asimileze astfel de situații modelului agentului liber prin faptul că pacientul este adus la medic de o persoană cu care se identifică social – de obicei, o rudă care poate să-l reprezinte și în care se poate avea încredere că, în calitate de protector, reprezintă interesele protejatului său. Poate că un factor implicat în această situație constă în aceea că, adeseori, agenții liberi recurg la serviciile medicale nu chiar liber, ci în urma consensului sau chiar a presiunilor din partea grupului rudelor apropiate ale pacientului. Se poate adăuga faptul că, atunci când un pacient trebuie să primească vești proaste, el poate descoperi că rolurile sale de obiect al îngrijirii și de client sunt despărțite : își păstrează statutul de obiect, dar rolul său de client este transferat, subtil, altcuiva. Uneori, problema nu constă în faptul că el nu mai este competent ca persoană socială, ci în acela că medicul nu dorește să se implice, în calitate de participant-martor, la reacția imediată a unei persoane care-și vede șansele de viață distruse.

Problema protectorului poate ilustra conflictul ce survine între ceea ce prestatorul și specialitatea practicată de el consideră a fi spre binele clientului și ceea ce dorește clientul însuși. Conflictul potențial este acutizat de un alt factor : tensiunea dintre interesele clientului și cele ale comunității. Un caz evident este cel al bolilor transmisibile, medicul având obligația legală de a apăra comunitatea și pe clientul său în egală măsură. Alte exemple de asemenea conflicte sunt avorturile și tratarea rănilor prin împușcare neraportate, deși în ambele cazuri există o cale de ieșire : avortul este deseori considerat ca fiind împotriva „binelui” persoanei care îl dorește, iar rănile prin împușcare sunt tratate cu condiția ca poliția să fie informată în același timp. Un al treilea exemplu se referă la restricțiile inițiale aplicate utilizării chirurgiei plastice în scopuri pur cosmetice, deși, în acest caz, miza nu era atât binele comunității, cât caracterul demn și dezinteresat al profesiei medicale în sine. Și, desigur, mai există și alte situații, cum ar fi problema interesantă a medicului sovietic care se întreabă dacă să-i acorde unui muncitor ceea ce va fi singura lui vacanță, deși nu e prea bolnav[1], sau problema medicului american care se întreabă dacă să „scrie rețetă” pentru anumite medicamente dependenților confirmați.

1. M.G. Field, „Structured Strain in the Role of the Soviet Physician”, *American Journal of Sociology*, LVIII (1953), pp. 493-502.

O altă problemă privind managementul medicinei în cadrul de referință al prestării serviciilor este faptul că, adeseori, pacienții consideră că pot cere medicului lor sfaturi privind chestiuni ce nu țin de sănătate, iar medicul, uneori, consideră că are o competență aparte care îi justifică acceptarea acestei difuziuni a rolului său[1]. Din ce în ce mai importantă este altă problemă: în ciuda eforturilor asociațiilor profesionale medicale, în unele țări, practica medicală ca întreg se îndepărtează de idealul practicii libere cu clientelă neorganizată, tinzând spre o practică în cadrul căreia o agenție birocratică de un fel sau altul oferă servicii clienților care nu pot alege la care dintre medicii disponibili să meargă. Aceasta este o amenințare gravă la adresa relației clasice de prestare a serviciilor, dar nu cred că îi cunoaștem deja consecințele pe termen lung asupra idealului prestării serviciilor.

Din punctul de vedere al lucrării de față, dificultatea cea mai relevantă în aplicarea modelului prestării de servicii la medicină constă în complexul atelierului, în ciuda faptului că în unele ocazii, cum sunt anumite proceduri chirurgicale, acțiunile numărului mare de oameni din sala de operații pot fi reglate îndeaproape printr-o multitudine de reguli amănunțite, aproape toate întemeiate rațional pe considerente tehnice. Deși de cele mai multe ori se prezintă ca instituții de servicii publice acționând întru binele omenirii, unele spitale funcționează deschis pentru profitul proprietarilor lor și toate manifestă preocupări cu privire la caracteristicile sociale ale angajaților și pacienților. De asemenea, multe spitale sunt implicate în programe de instruire care fac ca anumite decizii terapeutice să fie influențate nu doar de nevoile pacientului, ci și de tehnicile și medicamentele în care se specializează spitalul. Tot astfel, multe spitale sunt implicate în programe de cercetare care, uneori, fac ca tratamentul să fie dictat nu atât de nevoile pacientului, cât de cerințele temei de cercetare.

Mai există și alte dificultăți. După cum am arătat deja, clientului îi va fi dificil să-și trateze corpul – să-i fie tratat – în mod impersonal și, în același timp, să ignore faptul că, atât timp cât îi este reparat, nu-l poate folosi în maniera obișnuită. În plus, se apreciază tot mai frecvent că până și o ședere de scurtă durată în spital le poate crea celor foarte tineri „anxietate de separare"; rezultă că, în astfel de cazuri, atelierul nu constituie un mediu benign, neutru, ci unul vătămător. În plus, din moment ce clientul trebuie să se afle în atelier pe durata fazei active de tratament a ciclului reparației, el este în măsură să observe că este dificil să asimileze la modelul

1. Szasz, „Scientific Method...", *op. cit.*, p. 233, nota.

prestării serviciilor tot ce se întâmplă în jurul său și lui personal. Pentru ca pacientul să reușească să facă această asimilare, se impune cu necesitate să fie înșelat în privința anumitor proceduri, căci întotdeauna o parte din rutina spitalului va fi dictată nu de considerente medicale, ci de alți factori – cu precădere reguli pentru managementul pacienților, apărute în instituție pentru comoditatea și confortul personalului. (Desigur că aceeași îndepărtare de regulile impuse de prestarea serviciilor se găsește în orice atelier, dar, de obicei, pacientul nu este prezent în aceste alte ateliere ca să vadă ce se întâmplă.) Cu cât este mai lungă șederea necesară în spiral, cu cât mai cronică și mai persistentă boala, cu atât pacientul va avea mai mari dificultăți în a vedea spitalul ca pe o instituție complet rațională de prestare a serviciilor.

În ciuda acestor dificultăți cu privire la exercitarea serviciilor medicale într-o instituție spitalicească și a altor dificultăți pe care nu le-am menționat, există factori eficienți care îi permit pacientului să asimileze integral experiența sa din spital la modelul prestării serviciilor, cu condiția ca șederea lui să nu fie prea lungă. În mod evident, spitalul îi poate oferi pacientului beneficiul echipamentelor mari, esențiale și al instrumentelor specializate pe care cabinetul unui medic nu i le poate oferi. Pe lângă aceasta, în societatea noastră, odihna la pat este definită, în fond, drept ceea ce face individul când este bolnav ; în unele cazuri, pacientul se simte incapabil fizic să facă altceva. Unele aspecte tehnice ale îngrijirilor medicale adaugă un sprijin suplimentar : fracturile și multe stări postoperatorii impun, evident, imobilizarea, la fel ca unele proceduri postoperatorii ca drenajul ; anumite tratamente impun o alimentație foarte controlată ; adeseori, fișele de observație și analizele de laborator reclamă prezența permanentă a pacientului. Toate acestea constituie o justificare rațională pentru postura pe care pacientul trebuie să o adopte în spital.

Un factor suplimentar întărește asimilarea experienței din spital la modelul prestării serviciilor. Adeseori, pe timpul îngrijirilor din spital și de după externare, în mediul pacientului survine o scindare : în interiorul unui bandaj, al unul ghips sau al unei părți a corpului altfel protejată se întreține intensiv un mediu adaptat medical ; starea în care se întreține tot restul corpului său, în afara acelui teritoriu delimitat, poate fi raționalizată nu pe temeiul direct al caracterului ei favorabil sănătății, ci considerând-o bază pentru întreținerea corespunzătoare a teritoriului delimitat. Astfel, zona asupra căreia se exercită în continuare acțiuni medicale evident benefice poate fi redusă mult, fără a se periclita posibilitatea ca pacientul să reușească să includă în modelul medical tot ce i se întâmplă.

Aceste temeiuri pentru validitatea pretenției de prestare a serviciilor avansată de spital conferă mai multă siguranță atitudinii de

prestator adoptată de medic, care poate acționa cu solemnitate, fără teama de a nu fi luat în serios de clienții lui sau chiar de el însuși. Destul de des, în situațiile de mare îngrijorare pentru client și în cele de ignoranță apreciabilă, medicul poate să-și facă meseria, cu condiția să merite respectul pe care arată, prin atitudinea sa, că îl așteaptă. Clientul atestă validitatea pretențiilor medicului și, prin aceasta, viabilitatea modelului medical, arătându-se dispus să-l imite pe prestator și să vadă în mod impersonal afecțiunea de care suferă : nu a dorit-o nimeni, nu a intenționat nimeni să o producă și nu e din vina nimănui. Spitalizarea îl va îndepărta pe individ, temporar, de rolurile sale sociale, dar dacă supraviețuiește încercării, este foarte probabil să se întoarcă în locul social din care a plecat, loc care-i este păstrat prin cutuma „concediului medical”, prin care ceilalți justifică importanța absenței sale.

Deși tipul de prestare expertă a serviciilor nu pare să fie cel după care se modelează practica medicală, vreau să închei discuția asupra modelului medical arătând că acest cadru de referință al prestării de servicii orientat pe individ nu este singurul în care se potrivește activitatea medicală (precizare sugerată anterior prin referirea la medicii din companiile de asigurări și la epidemiologie) ; mai trebuie menționate alte două cadre de referință.

În primul rând, practicanții medicinei pot fi angajați nu pentru a presta servicii pentru un individ anume, ci pentru a se asigura că un demers social ce implică un număr de persoane se desfășoară într-un mod conform cu anumite standarde minime ale îngrijirii medicale, standarde stabilite și, în ultimă instanță, aplicate de agenți care acționează în numele comunității largi. Ceea ce am prezentat anterior ca o limitare a orientării spre un anumit client poate deveni principala funcție a unui medic. Astfel, anumite demersuri sportive, cum ar fi meciurile de box, folosesc medici pentru supravegherea desfășurării lor ; tot astfel, fabricile și minele sunt obligate să-și desfășoare activitatea în conformitate cu standardele minime de siguranță. Putem vorbi, în acest caz, de funcția *normativă* a medicinei ; inginerii, electricienii și arhitecții pot fi folosiți într-o manieră asemănătoare.

În al doilea rând, practicanții medicinei pot fi folosiți într-un rol de *întreținere*, cu scopul de a trata participantul la o activitate nu pentru el însuși și nici pentru a apăra standardele comunității, ci pur și simplu spre a aduce la maxim utilitatea participantului pentru acea activitate. Folosirea de produse farmaceutice pentru „energizarea” atleților și a cailor constituie un exemplu ; supravegherea medicală a torturii, pentru ca deținutul să nu moară înainte de a vorbi, constituie un altul ; hrănirea prizonierilor din lagărele de

muncă pentru a le conserva puterea de muncă este un alt exemplu[1]. Funcţia normativă şi cea de întreţinere se găsesc adesea combinate, cum este cazul serviciilor stomatologice şi medicale ataşate entităţilor sociale mari, în special celor izolate, cum sunt echipajele navelor şi armatele.

Aşadar, pe lângă medicina ca serviciu personal, avem medicina colectivă de diferite tipuri. Prezentând aceste modele suplimentare pentru activitatea medicală, nu neg faptul că serviciile personale primite de unii pacienţi mai puţin privilegiaţi sunt, uneori, mai puţin adecvate – din punctul de vedere al pacientului – decât cele primite de unii angajaţi, în cadrul funcţiei de întreţinere şi a celei normative, în unitatea lor de muncă. Ne preocupă aici nu felul îngrijirii medicale primite de individ, ci contextul organizaţional în care o primeşte.

VI

Acum ne putem ocupa, în sfârşit, de chestiunea prezentată în titlul acestei lucrări: aplicarea modelului prestării experte de servicii, în versiunea sa medicală, la psihiatria instituţională.

Istoria occidentală a felului cum sunt privite persoanele care par să se comporte ciudat este dramatică: însoţire cu sau fără voie cu diavolul, posedarea de tendinţe animalice etc.[2]. În Marea Britanie, în ultima parte a secolului al XVIII-lea, autoritatea medicală s-a extins cu adevărat asupra acestor infractori. Au început să fie numiţi „pacienţi”, au fost instruite asistente medicale şi s-a recurs la alcătuirea de dosare de caz, după tipicul medical[3]. Balamucurile, ulterior numite „aziluri de nebuni”, au primit un nou nume, de această dată cel de „spitale de psihiatrie”. O mişcare similară a fost condusă în America de Spitalul Pennsylvania, începând din anul 1756[4]. Astăzi, în Occident există diferenţe de accent între practicanţii cu abordare „organică” şi cei cu abordare „funcţională”, dar premisa pe care se bazează ambele abordări susţine în mod similar legitimitatea aplicării versiunii medicale a modelului de prestare a serviciilor la

1. O prezentare interesantă a influenţei acestei funcţii asupra medicinei militare se poate găsi în R.W. Little, „The «Sick Soldier» and the Medical Ward Officer”, *Human Organization*, XV (1956), pp. 22-24.
2. Vezi, spre exemplu, Albert Deutsch, *The Mentally Ill in America* (ediţia a II-a; Columbia University Press, New York, 1949), pp. 12-23.
3. Kathleen Jones, *Lunacy, Law, and Conscience* (Routledge and Kegan Paul, Londra, 1955), pp. 55-56.
4. Deutsch, *op. cit.*, pp. 58 şi urm..

instituționalizații din aziluri. Spre exemplu, în multe comunități, certificatul semnat de un medic constituie o cerință legală pentru spitalizarea psihiatrică fără voia pacientului.

Când un viitor pacient vine la primul său interviu în vederea internării, medicii de la internare aplică imediat modelul serviciilor medicale. Oricare ar fi condiția socială a pacientului, oricare ar fi caracterul particular al „tulburării sale”, el poate fi tratat în acest context ca o persoană a cărei problemă poate fi abordată sau chiar remediată prin aplicarea unei singure concepții tehnic-psihiatrice. Faptul că un pacient se deosebește de altul prin sex, vârstă, apartenență rasială, stare civilă, religie sau clasă socială constituie doar un element de luat în considerare și pentru care trebuie făcute corecțiile de rigoare, astfel încât teoria psihiatrică generală să poată fi aplicată, iar temele universale să poată fi detectate în spatele superficialității diferențelor externe din viața socială. După cum oricine din sistemul social poate avea un apendice inflamat, tot astfel, oricine poate să manifeste unul dintre simptomele psihiatrice fundamentale. Politețea profesională uniformă arătată pacienților este dublată de aplicabilitatea uniformă a doctrinei psihiatrice.

Există anumite cazuri de tulburări psihice (asociate cu tumori cerebrale, cu paralizii motorii parțiale, cu arterioscleroza, cu meningita etc.) care par să îndeplinească exemplar toate cerințele modelului prestării serviciilor: o întâmplare puțin frecventă și aleatorie perturbă funcționarea psihică a pacientului fără să intenționeze cineva acest lucru și fără ca pacientul în persoană să poarte vina. După o vreme, el și/sau alții își dau seama că „e ceva în neregulă”. În urma unei succesiuni de recomandări, pacientul este adus, cu sau fără voia sa, în îngrijirea psihiatrilor. Aceștia adună informații, fac observații, oferă un diagnostic, niște prescripții și propun un tratament. Apoi pacientul se vindecă sau avansarea stării sale patologice este oprită, sau (mai probabil, în cazurile cu „reacții organice”) boala își urmează cursul cunoscut și inevitabil, încheindu-se cu moartea pacientului ori cu aducerea lui la o stare incurabilă de simplă funcționare vegetativă. În cazurile mai puțin grave, în care tratamentul îi poate aduce pacientului beneficii considerabile, este foarte probabil ca el să-și reevalueze experiența trecută și să ajungă a recunoaște că serviciile psihiatrice au fost spre binele său și că, dacă și-ar fi dat seama ce este în neregulă și ce se poate face pentru el, ar fi apelat la ele din proprie inițiativă. Astfel, totul se încheie cu „fericire până la adânci bătrâneți”[1] sau, dacă nu cu fericire, măcar fără neplăceri.

1. O bună ilustrare a acestui tip de situație se găsește în articolul publicat de Berton Roueché în cotidianul *New Yorker*, „Ten Feet Tall”, în care

Pe coridoarele clinicilor de medicină și chirurgie din unele spitale psihiatrice se pot găsi fișe înrămate care oferă, cu privire la unele cazuri autentice, rezumatul semnelor și simptomelor sociale timpurii (prodromale), atestarea faptului că nespecialiștii nu au reușit să le evalueze corect, descrierea comportamentului pacientului în timpul bolii și desene ale descoperirilor făcute la autopsie, care confirmau corectitudinea diagnosticului și adecvarea tratamentului. Comportamentul social nepotrivit și patologia organică vizibilă sunt alăturate într-o confirmare perfectă a aplicabilității modelului medical.

Deși unele cazuri psihiatrice sunt rezolvate fără probleme între granițele cadrului de referință stabilit de modelul medical, există surse foarte evidente de dificultăți, mai ales cu privire la cea mai mare categorie de pacienți psihiatrici, cei cu așa-numite „psihoze funcționale". Multe dintre aceste dificultăți au fost descrise în literatură și sunt bine cunoscute în psihiatrie. Aș vrea să le trec în revistă pe scurt, începând cu tipurile mai puțin frecvente și terminând cu cele fundamentale.

O problemă în aplicabilitatea modelului prestării serviciilor la psihiatria instituțională provine din faptul că o parte a misiunii oficiale a spitalelor psihiatrice constă în protejarea comunității față de pericolele și neplăcerile prezentate de anumite tipuri de purtări neadecvate. Din perspectiva legii și a presiunilor publice la care spitalul psihiatric este sensibil, această funcție de custodie are o importanță majoră. Însă în interiorul instituției se fac surprinzător de puține referiri explicite la ea, accentul punându-se pe serviciile terapeutice de tip medical oferite de spital pacienților. Dacă îi privim pe bolnavii psihic ca pe niște persoane cu care alții au avut un tip aparte de probleme, atunci rolul de custodie al spitalului (asemănător cu rolul de custodie al închisorilor) este de înțeles și mulți îl vor considera și justificat; însă vreau să arăt că serviciul făcut rudelor, vecinilor sau angajatorului pacientului nu reprezintă neapărat un serviciu făcut comunității largi (oricare ar fi aceasta) și că un serviciu în favoarea oricăreia dintre entitățile menționate nu este neapărat un serviciu în favoarea pacientului, mai ales nu un serviciu medical. În loc de prestator și clienții săi, găsim un guvernator și guvernații, o persoană cu autoritate și cei supuși acesteia[1].

---

prezintă amănunțit efectele secundare ale tratamentului cu cortizon asupra maniaco-depresivilor. Articolul se găsește în culegerea de texte a lui Roueché, *The Incurable Wound* (Berkley Publishing Corp., New York, f.d.), pp. 114-143.

1. Vezi Talcott Parsons, „The Mental Hospital as a Type of Organization", în M. Greenblatt, D. Levinson și R. Williams (eds.), *The Patient and the Mental Hospital* (The Free Press, Glencoe, Ill., 1957), p. 115.

Este foarte probabil ca pacientul, pe durata spitalizării sale, să treacă din jurisdicția unui membru al personalului medical în jurisdicția altuia, iar această trecere nu este rezultatul sistemului de recomandări în care medicul sugerează un alt medic, iar pacientul urmează în mod voluntar sugestia ; pacientul va trece din jurisdicția unui medic în jurisdicția altuia din cauza turelor zilnice și săptămânale și din cauza frecvenței cu care pacienții sunt trimiși dintr-o secție în alta, iar personalul medical, de la o clinică la alta. Fiind membrii aceleiași organizații, atât pacientul, cât și medicul sunt supuși deciziilor cu privire la cei cu care vor lucra, decizii pe care nu le iau ei înșiși[1].

În plus, trebuie să considerăm spitalul psihiatric în contextul istoric recent în care s-a dezvoltat, ca instituție integrată în rețeaua de instituții menite să ofere găzduire unor diferite categorii de persoane cu efect perturbator asupra mediului lor social. Între aceste instituții se numără azilurile pentru bătrâni, spitalele generale, căminele pentru veterani, închisorile, clinicile de geriatrie, căminele pentru persoane cu retard mental, fermele pentru minori, orfelinatele și căminele pentru bătrâni. Chiar și spitalele de stat au o proporție considerabilă de pacienți care ar fi mai potrivit să se afle în una dintre celelalte instituții enumerate (după cum celelalte instituții au în grija lor persoane care ar fi mai potrivit să se afle într-un spital psihiatric), dar care trebuie păstrați fiindcă aceste alte instituții nu au spațiu pentru ei sau fiindcă pacienții nu își permit costurile pe care le-ar presupune viața în respectivele instituții. De fiecare dată când spitalul psihiatric funcționează ca punct de reținere a persoanelor încadrat într-o rețea cu același scop, în vederea rezolvării acuzațiilor publice, modelul prestării serviciilor este infirmat. Toate

1. În spitalele de cercetare s-au făcut încercări instructive de a rezolva această problemă. Rolul medicului de secție poate fi strict delimitat de rolul de terapeut, relația terapeut-pacient rămânând constantă, indiferent de mutarea pacientului dintr-o secție în alta. (Vezi, spre exemplu, Stewart Perry și Lyman Wynne, „Role Conflict, Role Redefinition, and Social Change in a Clinical Research Organization”, *Social Forces*, XXXVIII [1959], pp. 62-65.) În spitalele private de medicină generală, care au una sau două secții psihiatrice, se poate găsi o aproximare chiar mai reușită a relației de prestare a serviciilor : psihiatrul cu practică privată poate avea mai multe „paturi” și spitalizează temporar un pacient atunci când consideră că acest lucru este necesar. Personalul spitalului, alcătuit de obicei din rezidenți, va avea grijă ca pacientul să fie hrănit și liniștit, iar psihiatrul își va vizita pacientul o dată sau de două ori pe zi, la fel cum procedează și medicii care folosesc paturile din alte secții. Astfel se păstrează multe dintre aspectele de formă ale relației de prestare a serviciilor ; cât de mult efect terapeutic se obține este o altă chestiune.

aceste aspecte cu privire la recrutarea pacienților fac parte din categoria celor legate de locul de muncă al angajaților spitalelor, pe care aceștia trebuie să le ignore, să le raționalizeze ori să le cosmetizeze.

Una dintre problemele cele mai izbitoare în aplicarea modelului prestării serviciilor la spitalizarea psihiatrică se referă la faptul că, în America, internarea într-un spital de psihiatrie se face, de cele mai multe ori, împotriva voinței pacientului. La fel ca în cazul îngrijirilor medicale necesare pentru cei foarte tineri și pentru cei foarte bătrâni, se face efortul de utilizare a principiului protectorului și de a considera măsurile luate de rude drept măsuri luate de pacientul însuși. Este adevărat că a-i considera pe cei foarte tineri și pe cei foarte bătrâni persoane iresponsabile nu pare să contravină în mod violent relațiilor noastre cu ei și nici să le altereze. Dar, deși unii pacienți internați împotriva voinței lor ajung să-și dea seama că au greșit împotrivindu-se spitalizării, în general, resentimentul pacientului internat cu de-a sila pare să rămână. Este foarte probabil să simtă că a fost adus forțat în spital, cu ajutorul sau măcar cu consimțământul celor apropiați. Dacă, în mod obișnuit, întâlnirea cu un prestator este foarte probabil să întărească credința individului în raționalitatea și dorința de bine a societății în care trăiește, întâlnirea cu psihiatrii din spital este foarte probabil să aibă un efect de alienare.

Se pare că pacientul nu este singurul care refuză să-și vadă problema ca simplă boală care trebuie tratată și apoi poate fi uitată. După ce individul a fost internat într-un spital psihiatric, publicul larg îl consideră marginalizat, atât oficial, din punctul de vedere al restricțiilor la angajare, cât și neoficial, din perspectiva interacțiunilor sociale cotidiene; ceilalți îl stigmatizează[1]. Chiar și spitalul recunoaște tacit că tulburările psihice sunt rușinoase; de pildă, multe spitale oferă acces la o căsuță poștală, astfel încât pacienții să poată trimite și primi corespondență fără a fi nevoie să-și divulge pe plic statutul. Deși gradul de stigmatizare se află în scădere în anumite cercuri, el rămâne un factor fundamental al vieții fostului pacient. Spre deosebire de majoritatea internărilor în spital, șederea pacientului într-un spital psihiatric este prea lungă, iar efectul – prea stigmatizant pentru a-i permite individului o revenire facilă în locul social de unde a venit[2].

---

1. Vezi, spre exemplu, Charlotte Green Schwartz, „The Stigma of Mental Illness", *Journal of Rehabilitation* (iulie-august 1956).
2. Pare caracteristic faptul că, în spitalele de medicină generală, bărbații imobilizați la pat glumesc cu asistenții și asistentele într-un stil autominimalizator cordial, de parcă ar vrea să spună că trupul inert supus

Ca reacție la stigmatizarea sa și la privațiunile percepute care survin când se internează în spital, pacientul dezvoltă adeseori o anumită alienare față de societatea civilă, uneori exprimată prin refuzul de a pleca din spital. Alienarea poate surveni indiferent de tipul de tulburare pentru care a fost internat pacientul, constituind un efect secundar al spitalizării, care, adeseori, are mai multă semnificație pentru pacient și pentru persoanele apropiate acestuia decât dificultățile lui inițiale. Și în această privință avem de-a face cu ceva care nu se potrivește cu modelul prestării serviciilor[1].

O altă dificultate constă în natura abilităților psihiatrice propriu-zise. Pare corect să afirmăm că supoziția actuală cu privire la psihoza funcțională este aceea că pacientul și-a creat modalități deficitare de a relaționa cu ceilalți și are nevoie de experiențe de

---

îngrijirilor acestora este atât de puțin caracteristic pentru eul lor permanent, încât pot spune orice despre el fără teamă. Însă în spitalele psihiatrice, această disociere facilă de starea și circumstanțele de moment ale persoanei nu se poate realiza prea ușor; ca urmare, pacienții psihiatrici tind să fie serioși și, când folosesc exprimări cu rol de distanțare de sine, acestea pot avea proporții de tip psihotic.

1. În articolul său „The Social Dynamics of Physical Disability in Army Basic Training", *Psychiatry*, X (1947), pp. 323-333, David M. Schneider arată cum absentarea de la îndeplinirea îndatoririlor, chiar și din motive medicale, poate conduce la o izolare tot mai accentuată a individului bolnav și la o confirmare tot mai fermă a faptului că este diferit de ceilalți. Efectele separării pot deveni mai importante decât cauzele ei inițiale. Privind dintr-o perspectivă întru câtva asemănătoare, psihiatrii--cercetători de la Walter Reed ai armatei americane au dezvoltat recent ideea că, cu cât i se permite unui soldat să înțeleagă că are o problemă psihiatrică majoră, pentru care se impune tratament psihiatric special, cu atât este mai puțin probabil să fie repede reasimilat în grupul din care făcea parte când a avut problema respectivă. Vezi, de pildă, B.L. Bushard, „The U.S. Army's Mental Hygiene Consultation Service", *Symposium on Preventive and Social Psychiatry*, 15-17 aprilie 1957, Walter Reed Army Institute of Research, Washington, D.C., pp. 431-443, mai ales p. 442: „Aceste obiective [*minimalizarea disfuncției psihiatrice*] pot fi atinse cu foarte puțină muncă propriu-zisă, directă, cu pacientul în sine, dar necesită legături extinse și funcționale cu o diversitate de alte agenții. Cu mult mai importante decât interacțiunile verbale cu pacientul sunt implicațiile nonverbale ale faptului că este primit de specialist repede, este ascultat cu înțelegere și i se redă statutul activ cu promptitudine. Orice sugestie cum că problema izvorăște din situații îndepărtate sau imposibil de evaluat, că se datorează «bolii» sau că se bazează pe aspecte care nu sunt imediate și nici nu pot fi manipulate va duce adesea la subminarea mijloacelor de apărare care au rămas intacte".

învățare terapeutică, spre a modifica acele modele comportamentale. Dar capacitatea de a-i oferi pacientului acest gen de experiență nu este o abilitate tehnică și nici nu poate fi oferită cu tot atâta certitudine ca una tehnică. În plus, abilitățile de acest fel ale personalului nu pot fi împărțite prea ușor conform ierarhiei de abilități și statute caracteristice altor instituții prestatoare de servicii, în care personalul superior execută acțiuni de mare importanță și de scurtă durată, în timp ce personalul de la nivelurile inferioare, mai puțin calificat, efectuează munca pregătitoare, de rutină sau doar are grijă ca mediul să rămână benign. Un îngrijitor de secție pare adeseori la fel de bine dotat ca un psihiatru înalt calificat pentru a-i oferi pacientului o relație „bună” și, indiferent că este bună sau rea, contribuția îngrijitorului va avea o înrâurire continuă asupra pacientului, în loc să exercite o influență intermitentă, ca aceea exercitată de psihiatrul spitalului[1]. Lucrătorii care îl pregătesc pe pacient să meargă la psihiatru pot să exercite, prin acele pregătiri, cam tot atâta intervenție psihiatrică câtă exercită și psihiatrul însuși, domeniul contactului social de tip față-în-față fiind unul în care fiecare participant are tot atâta drept să poarte și să folosească un bisturiu. Lucrurile stau astfel, chiar dacă administrația spitalelor, care funcționează între granițele modelului medical, le conferă psihiatrilor dreptul de a lua deciziile de maximă importanță cu privire la pacient.

Mai există și o altă problemă, al cărei rezultat constă în exagerarea faptului că, în general, sunt disponibile prea puține abilități psihiatrice, iar acolo unde ele există, nu sunt întotdeauna distribuite în concordanță cu ierarhia personalului. Problema vizează faptul că în serviciul psihiatric, circumspecția obișnuită sau „specificitatea funcțională” a prestatorului este interzisă direct. Toate acțiunile, simțămintele și gândurile pacientului – trecute, prezente și anticipate – se găsesc oficial la dispoziția terapeutului pentru diagnoză și prescripție. Concepțiile actuale cu privire la caracterul psihogen al multor disfuncții psihice aduce pe domeniul psihiatrului chiar și chestiuni rezervate altfel practicanților medicinei generale, rezultatul fiind acela că psihiatrul poate pretinde, într-adevăr, că tratează

1. Curentul terapiei prin mediu pare a izvorî din recunoașterea faptului că experiența crucială de spital nu se poate reduce la ora terapeutică (atunci când aceasta există) și că, prin urmare, toți membrii personalului pot avea o influență la fel de importantă asupra pacientului. Sursele pe care le-am folosit în această privință sunt Alfred H. Stanton și Morris S. Schwartz, *The Mental Hospital* (Basic Books, New York, 1954), și Maxwell Jones, *The Therapeutic Community* (Basic Books, New York, 1953).

„persoana întreagă”[1]. Organizarea personalului auxiliar prestator dintr-un spital de psihiatrie – internistul, psihologul, neurofiziologul, asistentul social, îngrijitorii – confirmă autoritatea difuză a psihiatrului, oferindu-i acestuia informații pe care doar el are dreptul să le adune pentru a alcătui evaluarea generală a pacientului. Ca atare, tot ce îl privește pe pacient îl privește și pe psihiatru ; nimic nu trebuie să-i fie ascuns psihiatrului pe considerentul că ar fi irelevant pentru misiunea lui. Nici un alt prestator expert care are de reparat un sistem nu pare să-și aroge un asemenea rol.

Acestei autorități difuze de diagnostic a psihiatrului îi corespunde o alta, prescriptivă, la fel de difuză. Instituțiile cu privare de libertate funcționează prin definirea aproape a tuturor drepturilor și îndatoririlor pe care le va avea instituționalizatul. Cineva va fi în măsură să decidă inexorabil cu privire la tot ce reușește să obțină instituționalizatul și tot ce îi este interzis, iar această persoană este, oficial, psihiatrul. Iar psihiatrul nu este obligat să-și exercite acest drept în conformitate cu unele reguli birocratice uniforme, așa cum ar face-o un membru al serviciilor civile sau militare. Aproape toate aranjamentele de viață prin care pacientul este introdus forțat în rutina zilnică pot fi modificate de psihiatru, după voie, dacă oferă o explicație psihiatrică. Și în această privință, observăm că rolul psihiatric este unic în rândul prestatorilor, căci nici unui alt prestator nu i se acordă o atare putere.

Prezentând modelul medical dintr-un spital general, am arătat că, pe teritoriul spitalului, contextul de viață poate fi împărțit într-o sferă internă și una externă : sfera internă cuprinde zona vătămată a organismului, supusă controlului medical foarte receptiv la starea acelei zone ; sfera externă oferă – privind lucrurile într-un mod mai simplist – adăpost pentru sfera internă. În spitalele de psihiatrie, această împărțire între mediul terapeutic și cel locativ poate fi menținută uneori. Când se folosește intervenția medicală (diferențiată de cea psihologică), pot exista unele eforturi de administrare a tratamentului în condiții controlate intens, permițând ca în intervalele de timp dintre tratamente să se exercite mai puțină îngrijire medicală. Există cazuri, cum sunt cele ale pacienților suicidari sau criminali manifești, când întreaga activitate rutinieră a zilei este supravegheată îndeaproape și constituie o sferă internă de control medical, adaptată intim la situația pacientului ; astfel, se pot echivala condițiile de viață cu tratamentul. Tot astfel, pentru pacienții cu deteriorări neurofiziologice

1. O consecință minoră a doctrinei psihogene a disfuncțiilor fizice este faptul că unii pacienți evită să-și exprime nevoia de tratament fizic deoarece se tem că vor fi considerați „bolnavi închipuiți”.

avansate, condițiile din secțiile de irecuperabili par bine adaptate la capacitățile organismului : faptul că pacientul stă toată ziua în același loc, cu o expresie goală pe chip, constituie într-un fel o extensie inevitabilă și iremediabilă a stării sale.

Dar în fazele incipiente ale deteriorării cerebrale și aproape de-a lungul întregului curs al unor boli organice cum este epilepsia, confirmarea absolută a prezenței unui sindrom organic nu este în nici un caz legată clar de condițiile de viață oferite pacientului în spital. Oricât de lipsită de speranță ar fi o maladie, există relativ puțini pacienți cu deteriorare atât de avansată încât viața tipică din secțiile de irecuperabili să le reflecte cu acuratețe capacitățile și să constituie reacția la ele. Referitor la cât de „normale” pot fi aranjamentele lor de viață, încă nu s-a ajuns la un consens. Așadar diagnosticul poate fi medical, în timp ce tratamentul nu este, pacientul fiind tratat doar prin stilul de viață disponibil pacienților din categoria generală în care se încadrează. Iar când ne îndreptăm atenția asupra cazurilor funcționale, viața în secție încetează să mai fie o reacție tehnică la capacitățile lor, în sensul în care repausul la pat este expresia stării fizice a unui pacient în contextul postoperator. Și totuși, după cum vom vedea, personalul din spitalele de psihiatrie afirmă că, de fapt, condițiile de viață ale pacientului sunt deopotrivă expresia capacităților și a organizării sale personale la momentul respectiv și o reacție medicală la ele.

În continuare aș vrea să arăt că, în comparație cu un spital general sau un atelier de reparații auto, un spital de psihiatrie nu dispune de dotările necesare pentru a fi un loc unde să aibă loc ciclul clasic al reparației. În spitalele psihiatrice de stat și, într-o mai mare măsură, în cele particulare și în cele pentru veterani există ocazii pentru observarea pacientului, dar adeseori personalul este prea ocupat ca să constate și altceva în afara actelor de nesupunere. Chiar și atunci când personalul are timpul necesar pentru acest demers, comportamentul pacientului în secție cu greu poate fi considerat o mostră a comportamentului său în afara secției : unele comportamente considerate inacceptabile în lumea din afară nu se petrec în spital (mai ales în situațiile în care acele comportamente erau reacții față de persoane detestate din mediul familial al pacientului), iar peste formele vechi de purtare improprie se suprapun altele noi, ca reacție la situația actuală a pacientului, pe care el nu a dorit-o. Astfel, are loc o refracție a comportamentului, zidurile instituției funcționând ca o prismă groasă și cu defecte. Dacă nu se avansează argumente în favoarea validității testării persoanelor în contextul acestui tip anume de stres, secția apare drept cel mai nepotrivit context posibil în care prestatorul să-și efectueze observațiile.

Tot astfel, chiar și atunci când au loc ședințe de diagnostic pentru fiecare pacient în parte, eforturile acestor ședințe pot fi îndreptate spre a hotărî în unanimitate care dintre etichetele cerute prin lege va fi aplicată declarației din dosarul de caz ; iar momentul ales pentru aceste ședințe poate să nu aibă nimic în comun cu prezența sau absența unei acumulări de informații pe baza cărora să se acționeze.

Ceea ce se aplică în cazul dificultăților de diagnoză în spitalele psihiatrice se aplică și mai bine în cazul tratamentului. După cum am arătat deja, problema ameliorării atitudinii pacientului față de lume este confuzionată și exacerbată de cea a ameliorării atitudinii sale față de faptul de a fi fost spitalizat fără voie. În orice caz, este improbabil ca tratamentul aplicat în spitalele psihiatrice să fie specific fiecărei tulburări în parte, așa cum este, în general, într-un spital general, într-un atelier auto sau în unul de reparații radio ; dacă se aplică vreun tratament, acesta tinde să fie administrat în mod egal unui întreg grup de pacienți care se internează, analizele medicale complexe fiind folosite mai mult pentru a afla dacă există contraindicații pentru tratamentele standard decât pentru a se găsi indicații.

În același timp, viața pacientului este reglată și ordonată în concordanță cu un sistem de disciplină strictă, elaborat pentru ca personalul puțin numeros să se poată ocupa de un număr mare de indivizi instituționalizați împotriva voinței lor. În cadrul acestui sistem este foarte probabil ca îngrijitorul să fie angajatul-cheie ; el îl informează pe pacient care sunt pedepsele și recompensele ce-i vor regla viața și obține autorizația medicilor pentru respectivele pedepse și privilegii. Comportamentul liniștit și supus duce la promovarea pacientului în sistemul secțiilor ; comportamentul turbulent, nedisciplinat duce la retrogradare. În mod interesant, abia când un pacient constată că este dispus să-și îmbunătățească purtarea în contextele sociale, îngrijitorul îl va aduce în atenția medicului ca persoană care merită luată în considerare și, de asemenea, capabilă să profite de aceasta, astfel că, adeseori, pacientul obține atenția medicului atunci când are cel mai puțin nevoie de ea, după cum a arătat Ivan Belknap[1].

1. Belknap, *op. cit.*, p. 144. Aș vrea să adaug că, din moment ce pacienții psihiatrici sunt persoane care, în lumea din afară, au refuzat să răspundă la eforturile de control social, se pune problema felului în care se poate obține controlul social în interiorul spitalului. Cred că se obține în general prin „sistemul secțiilor”, mijlocul de control care a evoluat treptat în spitalele psihiatrice moderne. Soluția, după părerea mea, constă într-un sistem al secțiilor gradat în funcție de gradul de comportament nepotrivit permisibil și de gradul de disconfort și privațiune care predomină în fiecare secție. Astfel, oricare ar fi nivelul de comportament

Perioada petrecută într-un spital de psihiatrie este una pe care pacientului îi vine foarte greu să o încadreze în modelul medical. O plângere standard este: „Nu mi se face nimic, sunt lăsat pur și simplu așa, să stau!”. Acestei dificultăți îi corespunde faptul că tratamentul psihiatric oficial actual pentru tulburările funcționale nu are, în sine, o probabilitate de succes suficient de mare pentru a justifica practicarea psihiatriei instituționale ca ocupație de prestare expertă a serviciilor, așa cum am definit-o aici, mai ales din moment ce probabilitatea ca spitalizarea să influențeze negativ șansele individului este, după cum am arătat, certă și ridicată.

Însă problema nu constă în simpla probabilitate scăzută de succes a prestării, ci, pentru unii pacienți, vizează validitatea aplicării, dintru început, a cadrului de referință al prestării de servicii.

În primul rând, trebuie să observăm că individualitatea entității în care există tulburarea este îndoielnică. Adevărat, în cazurile cu caracter organic, pacientul cuprinde în ființa lui o lume în care este

---

nepotrivit al unui pacient proaspăt internat, se poate găsi o secție potrivită pentru el, secție care se confruntă cu comportamentul respectiv în rutina cotidiană și îl permite într-o oarecare măsură. Implicit, acceptând condițiile de viață din acea secție, pacientul are voie să-și continue comportamentul nepotrivit, doar că acum nu mai deranjează pe nimeni prea mult prin aceasta, din moment ce personalul secției se confruntă zilnic cu respectiva purtare, ba poate o și acceptă. Când pacientul cere unele îmbunătățiri ale condițiilor sale de viață, el este determinat, de fapt, să se dea bătut, să recunoască verbal că este dispus să-și îmbunătățească purtarea. Este foarte probabil ca, după ce cedează verbal, să i se permită o îmbunătățire a condițiilor de viață. Dacă recurge iarăși la vechile purtări nepotrivite și persistă în ele, i se face teorie și este trimis înapoi la condițiile de viață anterioare. Dacă, în loc să recidiveze, se arată dispus să-și îmbunătățească și mai mult purtarea și-și păstrează această atitudine pentru o perioadă de timp potrivită, pacientul avansează și mai mult în ciclul de externare rapidă, pe care majoritatea pacienților internați pentru prima oară îl parcurg într-un an de zile, la capătul lui aflându-se externarea. Se ajunge adesea la punctul în care pacientul este încredințat unei rude, fie pentru plimbări pe teritoriul spitalului, fie pentru ieșiri în oraș, ruda fiind astfel transformată într-o persoană căreia instituția cu privare de libertate și legea îi dau dreptul să amenințe: „Poartă-te cum trebuie, că de nu, te trimit înapoi!”. Ceea ce găsim aici (iar în lumea din afară nu) este modelul perfect a ceea ce psihologii ar putea numi „situație de învățare”, totul depinzând de gestul pacientului de a-și recunoaște înfrângerea. Din acest motiv, moralul pacienților în secțiile rebele pare mai ridicat și mai sănătos decât în secțiile de reabilitare, unde există o atmosferă caracteristică oamenilor care s-au trădat pe ei înșiși ca să poată ieși din spital.

percepută vătămarea și în care se fac remedierile, dacă acestea sunt posibile. Dar în cazurile de psihoză funcțională, lucrurile stau altfel. Atât timp cât comportamentul simptomatic al pacientului face parte integrantă din situația sa interpersonală, prestatorul va trebui să aducă în spital întreaga situație pentru a observa problema pacientului și a o trata. În loc să existe un mediu relativ benign și pasiv, prim-planul și planul secund al concepțiilor obișnuite privitoare la prestarea serviciilor se contopesc, mediul interpersonal al pacientului neputând fi separat de problema pe care o are. Teoretic, s-ar putea, desigur, ca o ușoară schimbare terapeutică a pacientului să aibă efect circular pozitiv asupra mediului său, când pacientul este trimis înapoi, și ar fi posibil să se aranjeze lucrurile astfel încât să fie trimis într-un mediu complet nou ; dar, în practică, după externare, pacientul se întoarce de obicei în contextul din care reacțiile sale psihotice fac parte în mod firesc.

Mai există și o altă chestiune fundamentală, care depinde de aplicabilitatea conceptului de „patologie". În mod obișnuit, elementul patologic care atrage primul atenția asupra stării pacientului este comportamentul „neadecvat la situație". Dar adeseori, decizia dacă o anumită acțiune este adecvată sau nu trebuie luată în mod nespecialist, pur și simplu fiindcă nu dispunem de harta tehnică a diferitelor subculturi comportamentale din societatea noastră, cu atât mai puțin de standardele comportamentale predominante în fiecare dintre ele. Cu excepția simptomelor extreme, deciziile diagnostice pot deveni etnocentrice, prestatorul judecând din punctul de vedere al culturii proprii comportamente individuale care, în realitate, pot fi evaluate doar din perspectiva grupului de proveniență al indivizilor. În plus, dat fiind faptul că un comportament neadecvat este, de cele mai multe ori, acela pe care cineva îl consideră neplăcut și extrem de perturbator, deciziile privind comportamentul tind să fie politice, în sensul că exprimă interesele particulare ale unei anumite facțiuni sau persoane, în loc să exprime interese care să poată fi considerate în afara preocupărilor oricărei grupări date, cum este în cazul patologiei fizice[1].

Pentru pacient, aplicarea conceptelor din patologie la comportamentul său poate avea efecte incompatibile cu idealul prestării serviciilor. Dacă pacientul este de părere că s-a comportat nepotrivit, el ar putea să-și considere acțiunea ca făcând parte din lumea socială normală, a intențiilor, responsabilității și culpabilității, în mod foarte asemănător cu percepția inițială a nespecialiștilor cu privire la purtarea

1. Vezi T.S. Szasz, „Psychiatry, Ethics, and the Criminal Law", *Columbia Law Review*, LVIII (1958), p. 188.

lui perturbatoare. În unele cazuri poate fi util pentru individ dacă purtarea lui este definită ca involuntară, iresponsabilă și neculpabilă, dar acest lucru presupune totuși un cadru de referință tehnic, nu unul social și, în mod ideal, ar trebui să-l descalifice pe pacient din participarea la relația de prestare, calificându-l, în același timp, ca obiect al prestării. Putem cita descrierea făcută de Szasz :

> Mai precis, în conformitate cu definiția bunului-simț, sănătatea psihică este capacitatea de a juca orice joc în care poate consta existența socială și de a-l juca bine. Invers, refuzul de a-l juca sau a-l juca prost înseamnă că persoana în cauză este bolnavă psihic. Acum se poate ridica întrebarea : Care sunt diferențele – dacă există diferențe – între nonconformismul social (devianță) și boala psihică ? Lăsând deocamdată la o parte considerațiile psihiatrice, tehnice, voi argumenta că diferența dintre aceste două noțiuni – așa cum o exprimă, spre exemplu, afirmațiile „el a greșit" și „el este bolnav psihic" – nu se găsește cu necesitate în *fapte* observabile, ci poate consta doar într-o diferență de *atitudine* a noastră față de subiect. Dacă îl luăm *în serios*, apreciem că are drepturi și demnitate, ca orice ființă umană, și îl considerăm mai mult sau mai puțin egal cu noi, atunci vom vorbi despre neînțelegeri, deviații, conflicte, delicte, poate chiar despre trădare. Însă dacă suntem de părere că nu putem să comunicăm cu el, că este diferit de noi într-un mod „fundamental", atunci vom fi înclinați să nu-l mai considerăm egal cu noi, ci îl vom privi ca o persoană inferioară (rareori superioară) ; astfel, vom spune că este nebun, bolnav psihic, deviant, psihotic, imatur și așa mai departe[1].

Totuși, nu trebuie să supraestimăm această problemă, fiindcă, în realitate, în spitalele psihiatrice nu există un prea mare pericol ca acțiunile individului să fie definite consecvent într-un cadru de referință tehnic, neutru. În medicină este posibil să te comporți ca și cum nu ar exista streptococi corecți și incorecți, ci doar streptococi periculoși. În psihiatrie, personalul face efortul formal de a se comporta ca și cum chestiunea relevantă este tratamentul, nu judecata morală, dar această atitudine nu se păstrează constant. Neutralitatea etică este într-adevăr greu de menținut în psihiatrie, întrucât tulburarea de care suferă pacientul este legată intrinsec de faptul că s-a comportat într-un mod care i-a ofensat pe martorii comportării sale. În plus,

---

1. T.S. Szasz, „Politics and Mental Health", *American Journal of Psychiatry*, CXV (1958), p. 509. Vezi, de același autor, și „Psychiatric Expert Testimony – Its Covert Meaning & Social Function", *Psychiatry* (1957), p. 315, și „Some Observations on the Relationship between Psychiatry and the Law", *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry*, LXXV (1956), pp. 297-315.

modul standard de abordare a unor astfel de delicte în societatea noastră constă în sancționarea vinovatului, în sens negativ și corector. Întreaga noastră societate funcționează pe baza acestei premise în toate aspectele vieții și, fără un echivalent funcțional, este greu să vedem cum am putea menține ordinea socială în absența ei.

Ca urmare, este de înțeles că până și ocaziile rezervate special pentru a demonstra că în instituție are loc o psihoterapie profesionistă, nemoralizatoare, vor fi invadate de o perspectivă moralistă, deși modificată. Este de înțeles că o mare parte a psihoterapiei constă în a-i arăta pacientului care sunt păcatele sale și a-l determina să înțeleagă că a greșit. Și, într-un fel, nu-mi dau seama cum ar putea fi altfel sau dacă ar trebui să fie altfel. Aspectul interesant al acestei probleme constă în faptul că personalul psihiatric se află într-o poziție care nu îi permite nici să renunțe la neutralitatea fictivă, dar nici să o aplice realmente.

Aplicat la spitalul de psihiatrie, modelul prestării serviciilor ne conduce la ambivalența caracteristică a acțiunilor personalului. Doctrina psihiatrică impune neutralitate etică în interacțiunile cu pacienții, căci ceea ce alții consideră comportament nepotrivit, personalul trebuie să privească drept patologie. Chiar și legea sprijină această poziție, pacientul psihiatric dispunând de privilegiul de a comite delicte fără să se ia măsuri legale împotriva lui. Și totuși, în interacțiunile propriu-zise cu pacienții, idealurile de comportare decentă trebuie înfățișate ca fiind dezirabile, infracțiunile trebuie criticate vehement, iar pacientul trebuie tratat ca persoană „responsabilă”, adică în stare de eforturi proprii de a se comporta cuviincios. Personalul psihiatric are în comun cu poliția sarcina ocupațională ciudată de a mustra adulții și de a le ține predici moralizatoare ; necesitatea de a te supune acestor predici este una dintre consecințele comiterii de acțiuni ce contravin ordinii sociale a comunității.

VII

Date fiind numeroasele sensuri în care pacientului psihiatric nu i se oferă servicii experte și în care conceptul de prestare expertă a serviciilor nu se aplică situației nefericite a pacientului, ne putem aștepta să existe unele dificultăți în interacțiunea dintre psihiatrul de spital și pacient, dificultăți ce reprezintă produsul firesc și necesar al spitalizării psihiatrice. Instruirea, orientarea și statutul său îl obligă pe psihiatru să-l abordeze pe pacient cu politețe, sub masca demersului de a oferi un serviciu expert unui client care l-a solicitat

de bunăvoie. Ca urmare, psihiatrul trebuie să presupună că pacientul dorește tratamentul și că dispune de o judecată rațională ce poate veni, chiar dacă în mod nespecializat, în ajutorul celor care prestează servicii în beneficiul posesorului ei. Instituția însăși afirmă la fiecare pas această mască a prestării de servicii, prin terminologia folosită, prin uniformele purtate și prin formulele de adresare folosite.

Însă, pentru ca psihiatrul să considere spusele pacientului așa cum apar ele, ca descrieri de simptome, cum se întâmplă în serviciile medicale, pacientul trebuie să se arate dispus să răspundă într-un mod foarte special : printr-o recunoaștere spășită a bolii, descrisă cu modestie, în termeni profani, și o dorință sincer exprimată de a se supune unei transformări a eului, prin tratamentul psihiatric. Pe scurt, există o politică psihiatrică pe care pacientul trebuie să o urmeze pentru ca psihiatrul să se afirme ca prestator de servicii medicale.

Probabilitatea ca un pacient needucat să urmeze politica psihiatrică nu este prea mare. Se poate să nu fi avut în viața lui atât de multe motive, evidente pentru el, să considere că nu este client benevol și să fie nemulțumit de situația în care se află. Îl consideră pe psihiatru persoana care deține puterea. În contact cu psihiatrul, este foarte probabil ca pacientul să formuleze acel gen de pretenții și cereri și să adopte acele atitudini care scot relația din contextul serviciilor prestate și o introduc, spre exemplu, în contextul în care servitorul își roagă stăpânul să-i acorde mai multe privilegii, în care prizonierul protestează în fața gardianului care nu respectă legea sau în care un om mândru refuză să interacționeze cu un altul care îl crede nebun.

Dacă psihiatrul ia în serios aceste plângeri, relația încetează să mai fie aceea în vederea căreia a fost el instruit. Pentru a-și apăra propriul rol profesional și instituția în cadrul căreia lucrează, psihiatrul se simte constrâns să reacționeze privind aceste pledoarii nu ca pe niște conținuturi informaționale folosibile ca atare, ci ca semne ale bolii care nu trebuie considerate informații directe[1].

Dar a considera că spusele pacientului sunt semne și nu descrieri valide de simptome înseamnă, desigur, să negi faptul că pacientul este și participant, nu doar obiect într-o relație de prestare.

Contextul instituțional tinde să condamne și psihiatrul, și pacientul la o relație falsă, dificilă și să-i canalizeze constant în interacțiunea care va exprima relația : psihiatrul trebuie să ofere politicos servicii din poziția prestatorului, dar nu mai poate păstra această poziție, după cum nici pacientul nu o mai poate accepta. Fiecare

---

1. Pe tema afirmațiilor ignorate, vezi Stanton și Schwartz, *op. cit.*, pp. 200 și urm.

participant la relație este menit să-l caute pe celălalt spre a-i oferi ceva ce acesta nu poate accepta și fiecare este menit să respingă ce-i oferă celălalt. În numeroase contexte psihiatrice se poate vedea ceea ce pare interacțiunea principală, mereu aceeași, între un pacient și un psihiatru : psihiatrul inițiază schimbul oferindu-i pacientului respectul și politețea datorate unui client, primește un răspuns ce nu poate fi integrat în continuarea interacțiunii convenționale a prestării de servicii, și atunci trebuie să se chinuie să iasă din această situație extrem de neplăcută, încercând în același timp să păstreze unele forme exterioare ale relațiilor dintre prestator și client. De dimineața și până seara, personalul psihiatric pare angajat în acțiuni de retragere din propriile preambuluri implicite.

VIII

Când am prezentat aplicarea modelului prestării de servicii experte la diferite profesii, am arătat unele discrepanțe și puncte forțate tipice și am argumentat că serviciile psihiatrice instituționale se confruntă cu un set foarte amplu de asemenea probleme. Situația în sine nu este extrem de remarcabilă ; se vând multe servicii „experte” care satisfac chiar mai puțin decât psihiatria cerințele modelului sub a cărui mască sunt prezentate, deși puține dintre ele implică un număr atât de mare de clienți atât de greu încercați. Elementul interesant din punct de vedere analitic în cazul spitalelor de psihiatrie constă în faptul că sunt implicați medici și persoane instituționalizate împotriva voinței lor. În societatea noastră, medicii din celelalte specialități sunt personificări ale stilului rațional, reparator și li se permite în mod obișnuit să-și investească activitatea cu multă demnitate și multă greutate. Făcând o investiție consistentă de timp și resurse pentru a obține rolul medical și așteptându-se ca activitatea lor cotidiană să le întărească rolul garantat de instruire, se simt obligați, în mod ușor de înțeles, să păstreze o abordare medicală și versiunea medicală a modelului prestării de servicii. Societatea pare să-i susțină în acest demers, căci pe toți ne mulțumește să considerăm că cei pe care îi exilăm la balamuc primesc tratament, nu pedeapsă, sub îngrijirea unui medic. În același timp, internarea forțată într-un spital de psihiatrie (chiar și internarea benevolă, de multe ori) înseamnă pentru individ condiții de viață sărace și triste ce nasc în el, de multe ori, o puternică ostilitate față de cei care îl țin acolo. Aplicabilitatea limitată a modelului medical la spitalele de psihiatrie pune alături un medic care nu-și poate permite prea ușor să-și

conceapă activitatea în alți termeni decât cei medicali și un pacient care poate foarte bine să considere că trebuie să-i urască pe cei care îl țin captiv și să se lupte cu ei, ca să poată găsi un sens în greutățile pe care le îndură. Spitalele psihiatrice instituționalizează un fel de relație de prestare grotescă.

Deși atât medicii, cât și pacienții psihiatrici se găsesc într-un context instituțional dificil, medicii, deținând controlul asupra instituției, au o mai bună ocazie de a-și crea unele mecanisme prin care să se confrunte cu propriile probleme. Reacția lor la situație ne oferă nu doar un aspect important al vieții din spital, ci și o istorie de caz a influenței reciproce dintre modelele sociale de existență – în acest caz, modelul prestatorului expert – și entitățile sociale prin care se încearcă instituționalizarea acestor identități de rol.

Situația de la nivelul spitalului are unele trăsături care îi sunt utile psihiatrului în confruntarea cu dificultățile rolului său. Împuternicirea legală a medicului față de soarta pacientului și puterea lui instituțională asupra unei părți a personalului îi oferă automat autoritatea pe care alți prestatori trebuie să o câștige parțial prin interacțiuni propriu-zise cu clientul. În plus, deși se întâmplă adeseori ca bagajul de cunoștințe de specialitate să nu-i dea psihiatrului capacitatea de a anticipa corect comportamentul pacientului, aceeași neștiință îi oferă o marjă interpretativă: adăugând *post hoc* prefigurări și modificări analizelor sale, psihiatrul poate oferi o imagine a ceea ce s-a întâmplat cu pacientul, imagine ce nu poate fi nici infirmată, nici dovedită, ca atunci când ameliorarea neașteptată a unei psihoze poate da naștere interpretării că pacientul se simte în acel moment destul de în siguranță sau de puternic ca să-și exprime psihoza. La această autoritate care nu poate fi discreditată, psihiatrul poate adăuga o forță desprinsă din tradiția medicală: „experiența clinică”. Prin această însușire magică, persoanei cu calificare oficială și cu cea mai lungă experiență în privința tipului de caz aflat în discuție i se va acorda cuvântul final atunci când există îndoială sau ambiguitate, persoana aceasta fiind, de multe ori, medicul cu funcția cea mai înaltă dintre cei de față.

Psihiatrul, în virtutea educației sale, le poate oferi pacienților servicii minore din alte specialități medicale, cazurile mai dificile putând să le trimită în secțiile specializate ale spitalului. Această funcție normativă (caracteristică, după cum am arătat, demersurilor din armată, de pe o navă, dintr-o fabrică sau din orice loc unde se găsește un număr mare de oameni pentru atingerea unui obiectiv administrativ), în loc să fie considerată un serviciu subsidiar de gospodărire, tinde să fie asimilat în funcționarea principală a instituției, întărind astfel temeiul real al ideii că pacienții beneficiază de

tratamente de altă specialitate în spitalele de psihiatrie. În mod interesant, spitalele psihiatrice de stat au uneori un asemenea deficit de personal, încât personalul calificat poate ajunge să-și petreacă tot timpul făcând intervenții minore de medicină generală asupra pacienților și trebuie să practice psihiatria – atât cât o practică – în defavoarea tratamentului necesar aferent altor specialități.

O cale evidentă prin care psihiatrul își poate rezolva problema de rol este aceea de a părăsi spitalul psihiatric de stat imediat ce își poate permite, adeseori afirmând că pleacă pentru a se duce într-un loc unde „va putea să practice cu adevărat psihiatria”. Poate merge, mai ales pentru ultimul an sau ultimii doi ani ai rezidențiatului obligatoriu, într-un spital particular, eventual unul cu orientare psihanalitică, unde numărul de pacienți se apropie de cel al unui cabinet particular și unde există o proporție mai mare de pacienți internați voluntar, „potriviți” pentru psihoterapie. Dintr-un astfel de spital (sau direct din spitalul de stat) poate intra în practica privată, manevră ce nu va pune capacitățile sale la dispoziția unui număr mare de pacienți, dar va garanta desfășurarea activității în conformitate cu complexul prestării serviciilor : un birou, o secretară, ședințe cu durata de o oră fixate dinainte, prezentarea benevolă a pacientului, control individual asupra diagnosticului și a tratamentului și așa mai departe[1]. Indiferent din ce motive, acest ciclu profesional cu două sau trei etape este suficient de frecvent pentru a constitui un model standard de carieră în psihiatrie.

Când psihiatrul nu poate sau nu dorește să plece din spitalul psihiatric de stat, par să fi fost create alte căi pe care să le poată urma. Își poate redefini rolul, trecând de la cel de prestator la acela al unui guvernator înțelept, poate îmbrățișa aspectele de tip custodie

1. Este remarcabil faptul că autodisciplina cerută din partea clientului pentru ca psihiatrul lui să se poată comporta ca oricare alt profesionist primește justificări complete și amănunțite în literatura psihanalitică, pe baza considerațiilor terapeutice tehnice. Între ceea ce este bine pentru pacient și ceea ce are nevoie, de fapt, psihiatrul pentru a păstra caracterul „de cabinet” al exercitării profesiei sale există o minunată armonie prestabilită. Ca să-l parafrazez pe domnul Wilson, ce este bun pentru profesie este bun și pentru pacient. Mi s-a părut deosebit de plăcută discuția importanței psihologice a faptului că pacientul trebuie să înțeleagă că terapeutul are o viață proprie și că pacientului nu i-ar face vreun bine dacă terapeutul și-ar amâna concediul, ar accepta să-și vadă pacientul ca răspuns la telefoanele pe care acesta i le dă în miez de noapte ori s-ar lăsa amenințat fizic de pacient. Vezi, spre exemplu, C.A. Witaker și T.P. Malone, *The Roots of Psychotherapy* (Blakiston Co., New York, 1953), pp. 201-202.

ale instituției sau se poate dedica activității de administrare luminată. Poate recunoaște unele punctele slabe ale terapiei individuale în situația dată și se poate îndrepta în direcția terapiilor sociale, mai recente, încercând să implice în psihoterapie rudele pacientului (presupunând că tulburarea este localizată la nivelul sistemului familial)[1], ori poate încerca să identifice elementele terapeutice din întregul set de interacțiuni pe care pacientul le are zilnic cu personalul de la toate nivelurile[2]. Se poate orienta spre cercetarea psihiatrică. Poate evita contactul cu pacienții pe cât de mult posibil, retrăgându-se în elaborarea documentelor sau în psihoterapie cu personalul de la nivelurile inferioare ori cu un număr mic de pacienți „promițători". Poate face eforturi serioase de a-și avertiza pacienții pe care îi tratează că dispune de cunoștințe limitate, dar acest gen de sinceritate pare menit eșecului, fiindcă societatea noastră definește altfel rolul medical, iar puterea psihiatrului asupra pacientului nu poate fi înțeleasă prea ușor ca un lucru ce poate fi conferit oricărei persoane care nu știe prea multe[3]. Uneori, psihiatrul devine „omul pacienților", fiind de acord cu plângerile lor privind ceea ce le face instituția și formulând critici deschise la adresa instituției. Dacă nu alege nici una dintre aceste abordări, psihiatrul poate, cel puțin, să devină cinic față de propriul rol în spital, protejându-se astfel pe sine, chiar dacă nu își protejează și pacienții[4].

Pe lângă aceste moduri de adaptare ce presupun conturarea carierei găsim adaptări mai difuze și mai pregnant ideologice, la care participă și personalul de la celelalte niveluri. Este ca și cum dilema prestării serviciilor ar constitui un punct sensibil în sistemul social

---

1. Confruntați cu teoria potrivit căreia pacientul poate fi pur și simplu „purtătorul de simptom" al cercului său de intimi, unii psihiatri cercetători au făcut încercarea de a aduce familii întregi în secțiile rezidențiale experimentale. Problemele secundare apărute în urma unui mod de viață atât de diferit, mai ales în privința structurii autorității în familie, sunt foarte mari și probabil că efectul lor de mascare a fost subestimat.
2. În această situație, psihiatrul poate recunoaște explicit că trebuie să fie nu terapeutul individului, ci al întregului sistem social al spitalului. Educația psihiatrică și medicală par a-i pregăti pe medici să accepte responsabilitatea de a guverna o secție ori un spital, eliberându-i de îngrijorarea pe care ar putea-o trăi un individ cu instruire sau experiență relevantă pentru respectiva sarcină.
3. Pentru un comentariu asupra sorții modestiei verbale în contextul posturilor superioare din spitale, vezi A.H. Stanton, „Problems in Analysis of Therapeutic Implications of the Institutional Milieu", *Symposium on Preventive and Social Psychiatry*, Washington, D.C. (15-17 aprilie 1957), p. 499.
4. Belknap, *op. cit.*, p. 200.

al spitalului, iar în jurul acestui punct s-ar cheltui energie intelectuală pentru a se construi o piele protectoare, alcătuită din cuvinte, convingeri și sentimente. Indiferent care ar fi sursa lui, sistemul de convingeri rezultat servește la întărirea și stabilizarea definiției de serviciu medical dată situației. Astfel, ni se oferă o ilustrare miniaturală a relației dintre gândire și poziția socială.

Poate că exemplul cel mai evident de ideologie instituțională îl găsim în activitatea de relații publice, în prezent destul de tipică în spitalele de psihiatrie. Panourile de prezentare de pe coridoare, pliantele orientative, revistele instituției, echipamentul etalabil și terapiile cele mai recente – toate aceste surse de definire a situației îi așteaptă pe pacienți, pe rudele și vizitatorii acestora și stabilesc pretențiile evidente ale politicii de tip serviciu medical.

În plus, în spitalele de psihiatrie există o serie de istorisiri tradiționale ce ilustrează validitatea perspectivei folosite de personal. Aceste istorisiri povestesc cum un pacient a primit privilegii prea devreme sau a fost externat împotriva sfatului medicilor și, în scurt timp, s-a sinucis ori a comis o crimă. Îngrijitorii au o serie de glume care ilustrează natura animalică a pacienților. Acei membri ai personalului care participă la ședințele de diagnostic au anecdote amuzante despre pacienți – spre exemplu, un pacient a pretins, cu demnitate, că este sănătos psihic, dar în final a destăinuit că este agent FBI. Există relatări despre pacienți care implorau să fie ținuți într-o secție cu saloane încuiate sau care recurgeau la delicte bătătoare la ochi ca să-și împiedice externarea. Sunt povestiri despre „prepacienți" care au manifestat simptome psihotice tot mai complexe și mai periculoase, până când cei din jur s-au convins de boala lor și i-au internat, după care pacienții au putut să-și relaxeze simptomatologia, fiindcă reușiseră să-și comunice nevoia de ajutor. În sfârșit, mai sunt acele relatări emoționante despre pacienții imposibili care, în cele din urmă, au reușit să stabilească o relație bună cu un medic înțelegător, după care starea lor s-a îmbunătățit spectaculos. La fel ca în cazul altor istorisiri exemplare, aceste relatări despre relații par a se cumula spre a dovedi că atitudinea personalului este justificată și corectă[1].

Implicațiile ideologice sau interpretative ale activității conducerii par să se concentreze asupra a două aspecte : caracterul pacienților și caracterul activității spitalului, în ambele cazuri venind să întărească definirea situației ca una de serviciu medical.

Concepția-cheie cu privire la pacient spune că, dacă ar fi „el însuși", ar cere de bunăvoie tratament psihiatric, s-ar interna benevol, iar

---

1. Desigur că și pacienții au propriul set de povestiri exemplare, care discreditează personalul aproape în aceeași măsură.

când ar fi gata de externare, ar confirma cu tărie că eul lui autentic a fost tratat tot timpul așa cum și-a dorit cu adevărat. Aici este implicată o variantă a principiului tutorelui. Ideea interesantă că un pacient psihotic are un eu bolnav și, subordonat acestuia, un eu relativ „adult”, „intact” sau „nevătămat” duce rolul de tutore un pas mai departe, găsind chiar în structura eului scindarea dintre obiect și client necesară pentru a completa triada prestării serviciilor.

Dosarul de caz joacă un rol în această privință. El oferă mijlocul de a construi sistematic o imagine a trecutului pacientului, imagine ce demonstrează că procesul maladiv s-a infiltrat lent în comportamentul lui, până când întregul comportament a devenit patologic. Purtarea aparent normală este considerată a fi o simplă mască sau pavăză pentru maladia din spatele ei. Elementele patologice primesc un nume generic, cum ar fi schizofrenie, personalitate psihopată etc., iar acest lucru conferă o nouă imagine caracterului „esențial” al pacientului[1]. Desigur că, sub presiune, unii membri ai personalului ar recunoaște că aceste denumiri de sindromuri sunt vagi și îndoielnice, folosite doar pentru a urma regulamentele de recensământ ale spitalului. Dar, în practică, aceste categorii devin modalități magice de a transforma caracterul pacientului într-o singură entitate, supusă serviciului psihiatric. Desigur că, prin toate acestea, zonele de „funcționare normală” ale pacientului pot fi ignorate și neîngrijite, cu excepția cazurilor când ele îl determină pe pacient să-și accepte benevol tratamentul.

Reacția pacientului la spitalizare poate fi abordată elegant, la rândul ei, fiind tradusă într-un cadru tehnic de referință conform căruia contribuția spitalului la problema pacientului devine accidentală, lucrul important fiind starea perturbată, generată din interior, a comportamentului pacientului. Întâmplările interpersonale sunt transferate la nivelul lăuntric al pacientului, el devenind astfel un sistem relativ închis, care poate fi considerat patologic și corectabil. Astfel, acțiunea în care se angajează un pacient în raport cu o oficialitate din instituție, acțiune ce poate avea o tentă agresivă la adresa angajatului respectiv, este tradusă într-o stare, cum ar fi „agresivitate”, ce poate fi localizată cu succes înăuntrul pacientului[2].

---

1. Psihologia socială a caracterului perceput drept „esențial” a fost recent elaborată de Harold Garfinkel într-o serie de lucrări publicate; îi sunt profund îndatorat.
2. Vezi John Money, „Linguistic Resources and Psychodynamic Theory”, *British Journal of Medical Psychology*, XXVII (1955), pp. 264-266. Exemple utile ale acestui proces de traducere se găsesc în Edwin Weinstein și Robert Kahn, *Denial of Illness* (Charles Thomas, Springfield, Ill., 1955). Autorii citează termeni ca „mutism akinetic”, „sindromul lui Anton”,

Tot astfel, situația dintr-o secție în care asistentele nu se ostenesc să inițieze contactul cu pacienții internați pe termen lung (care, de fapt, ar răspunde la inițiative) poate fi transferată asupra pacientului, care este descris drept „mut”[1]. După cum a arătat Szasz, această concepție se aseamănă cu cea din trecut, conform căreia pacientul era posedat de diavol sau de un spirit malefic și trebuia obligatoriu exorcizat, acest lucru fiind suficient pentru însănătoșirea lui[2].

Procesul de traducere poate fi văzut cu claritate în psihoterapia de grup. În general, această terapie – principala formă de terapie verbală de care beneficiază pacienții în spitalele de stat – începe cu o sesiune de „proteste”, în timpul căreia pacienții își exprimă cererile și plângerile într-o atmosferă relativ permisivă, cu acces relativ direct la un membru al personalului. Singura acțiune a terapeutului aparent concordantă cu obligațiile sale față de instituție este de a da aceste cereri la o parte, convingând pacientul că problemele pe care crede că le are cu instituția (sau cu rudele, cu societatea și așa mai departe) sunt, în realitate, problemele *lui* ; terapeutul îi sugerează să abordeze acele probleme rearanjându-și propria lume interioară, nu încercând să modifice acțiunea celuilalt agent implicat. În acest caz avem de-a face cu un efort direct (deși, fără îndoială, neintenționat) de a transforma pacientul, în proprii săi ochi, într-un sistem închis care are nevoie de servicii reparatorii. Astfel, ca să citez un exemplu relativ extrem, am văzut un terapeut care a răspuns la plângerile formulate de un pacient de culoare cu privire la relațiile rasiale dintr-un spital parțial segregat, spunându-i pacientului că trebuie să se întrebe de ce tocmai el, dintre toate celelalte persoane de culoare prezente, a ales acel moment anume ca să-și exprime simțământul și ce anume ar putea spune aceasta despre el, ca persoană, independent de starea relațiilor rasiale din spital la acel moment[3].

„paramnezie reduplicativă”, „anosognosie”, folosiți tradițional pentru a descrie un pacient care nu-și recunoaște starea de boală ; ei descriu apoi, cu termeni categoriali ca „substituție”, „confuzie de nume”, „parafazie”, diferitele moduri în care pacienții refuză să reacționeze politicos și cooperant la situația în care se află, lipsa de flexibilitate fiind descrisă ca produs secundar, psihofiziologic, al vătămărilor cerebrale, nu ca reacție socială la un tratament cu caracter amenințător involuntar. Vezi și Belknap, *op. cit.*, p. 170.

1. Robert Sommer, „Patients who grow old in a mental hospital”, *Geriatrics*, XIV (1959), p. 584.
2. T.S. Szasz, W.F. Knoff și M.H. Hollender, „The Doctor-Patient Relationship and Its Historical Context”, *American Journal of Psychiatry*, CXV (1958), p. 526.
3. Tehnicile folosite de psihoterapeuții care practică terapia de grup pot fi studiate în cadrul metodelor de îndoctrinare pentru grupurile mici. Spre

Una dintre cele mai intime redefiniri ale caracterului pacientului, în contextul prestării de servicii, se găsește în ideea de „împuternicire prin pericol”, caracteristică multora dintre serviciile cu caracter reparator. S-a spus că un student la medicină devine medic atunci când se găsește în situația de a face o greșeală crucială[1]. La baza acestei atitudini se află convingerea că un sistem asupra căruia se pot face intervenții cu caracter reparator are anumite puncte primejdioase în organizarea sa și, ca urmare, poate fi serios vătămat dacă se exercită acțiuni nespecialiste asupra acestor elemente cruciale, precare. După cum am arătat deja, acest lucru tinde să confere temeiuri raționale pentru o ierarhizare tehnică a abilităților și pentru o ierarhizare socială a prestatorilor din orice instituție cu specific de prestare a serviciilor.

Există o variantă a „împuternicirii prin pericol” în spitalele de psihiatrie. Aceasta constă în concepția că o acțiune greșită poate periclita în mare măsură pacientul și că psihiatrul, în virtutea educației și abilităților sale, poate să întreprindă demersuri potențial periculoase pentru pacienți, acțiuni pe care persoanele de pe treptele inferioare ale ierarhiei medicale nu ar trebui să aibă voie să le desfășoare. Desigur, în chestiuni de prescriere a dozării medicamentelor și de cântărire a efectelor secundare, cu potențial de contraindicație, ale tratamentului fizic, eroul-model se descurcă de minune, dar extinderea în domeniul psihoterapeutic este mai precară, deși adeseori se insistă și asupra ei la fel de mult. Uneori se sugerează că membrii personalului inferior, cum sunt lucrătorii sociali, asistentele și îngrijitorii, nu trebuie să se angajeze în „terapie amatoare”, cu atât mai puțin în „psihanaliză amatoare”. Activitatea psihiatrului care alege un pacient pentru ședințe speciale de psihoterapie nu trebuie perturbată de alții, în nici un caz de personalul inferior. Se spune că, în psihoterapie, o acțiune greșită poate să „precipite” o psihoză sau să-l arunce pe pacient într-o regresie din care se poate să nu-și mai revină niciodată; relatările exemplare oferă dovezi în acest sens. Este cât se poate de clar că această concepție se potrivește

exemplu, se constată în mod curent existența câtorva pacienți versați în politica psihiatrică și care se vor dovedi cu certitudine dispuși să o susțină. Terapeutul preia plângerea formulată de alt pacient și o transferă acestora, cerându-le părerea. Pacienții fac traducerea în locul protestatarului, arătându-i că tovarășii săi de suferință consideră că plângerea face parte din personalitatea lui; terapeutul intervine cu traducerea oficială, dar la acel moment, împotriva pacientului cu plângerea s-a polarizat deja o parte a grupului. O prezentare recentă a acestor chestiuni poate fi găsită în Jerome D. Frank, „The Dynamics of the Psychotherapeutic Relationship”, *Psychiatry*, XXII (1959), pp. 17-39.

1. Comunicare personală din partea lui Howard S. Becker.

bine cu ideea tradițională a împuternicirii prin pericol și este de asemenea clar că a avea această împuternicire confirmă concepția individului despre sine ca prestator expert, însă este mult mai puțin clar dacă o acțiune pur verbală poate avea, realmente, acest efect. În orice caz, după cum am arătat anterior, orice pacient din spital care face terapie individuală este foarte probabil să traverseze, în celelalte douăzeci și trei de ore ale zilei, o succesiune de experiențe potențial traumatice, relativ necontrolate sub aspectul barbariei, care încețoșează, cu siguranță, problema demersului verbal de sondare îndreptat într-o direcție bună sau greșită. În plus, dată fiind starea cunoștințelor și abilităților psihiatrice, dacă o „sondă" verbală incorect plasată poate provoca acest gen de vătămare, atunci, într-adevăr, pacienții vor fi primejduiți în cea de-a douăzeci și patra oră.

Mai pot fi descrise încă două acuzații la adresa caracterului pacientului, ambele acționând în sprijinul modelului prestării serviciilor. De cele mai multe ori, când pacientului i se oferă externarea, iar el o refuză, angajându-se uneori în activități calculate ca să-i asigure rămânerea în spital, se spune că acest lucru dovedește că pacientul încă nu s-a vindecat, că, de fapt, este prea bolnav ca să plece. Astfel, se face o legătură între două aspecte ample ale situației : a fi definit ca bolnav sau sănătos și a te afla în spital ori în afara lui. Există, desigur, multe motive întemeiate, fără legătură cu modelul prestării serviciilor, ca un pacient să nu dorească să plece. Spre exemplu, a suferit deja stigmatizarea statutului de pacient psihiatric, iar cu acest statut diminuat are perspective și mai slabe în lumea din afară, decât înainte de internare ; în plus, la momentul când poate fi externat, este foarte probabil să fi învățat rosturile spitalului și să-și fi dobândit o poziție dezirabilă în „sistemul secțiilor".

Cealaltă acțiune a pacienților raționalizată din perspectiva modelului medical este modificarea bruscă a tipului de comportament. Cum comportarea curentă a pacientului se presupune că reprezintă o reflectare profundă sau un semn al organizării personalității sale (al sistemului său psihic), orice modificare bruscă, aparent neprovocată, fie în direcția „sănătății", fie în cea a „bolii", trebuie explicată într-un fel sau altul. Schimbările bruște în rău sunt numite uneori reșute sau regresii. Schimbările bruște în bine sunt numite uneori remisii spontane. Prin puterea acestor cuvinte, membrii personalului pot afirma că, deși nu-i cunosc exact cauza, modificarea în sine poate fi abordată din perspectiva medicală. Desigur, această interpretare a situației împiedică folosirea unei perspective sociale. În ceea ce se numește regresie bruscă, noul comportament poate să implice tot atâta boală ori sănătate ca orice altă adaptare la viață ; iar ceea ce

se acceptă cu titlul de remisie spontană poate fi rezultatul faptului că pacientul nici măcar nu a fost bolnav.

Avansez ipoteza că natura caracterului pacientului este redefinită, astfel încât pacientul devine realmente, chiar dacă nu intenționat, genul de obiect asupra căruia să se poată exercita un serviciu psihiatric. A fi făcut pacient înseamnă a fi transformat într-un obiect asupra căruia se pot presta servicii, ironia constând în faptul că, o dată ce se procedează la această transformare, prea puține servicii sunt disponibile. Iar marea penurie de personal psihiatric poate fi privită ca fiind creată nu de numărul persoanelor bolnave, ci de aparatul instituțional care aduce în acest domeniu definiția situației așa cum apare ea în contextul prestării serviciilor.

În continuare vreau să abordez, în cele din urmă, definițiile promovate de personal privind nu caracterul pacientului, ci acela al acțiunii spitalului asupra pacientului. Din moment ce personalul deține vocea instituției, prin aceste definiții se prezintă pacientului și publicului aparatul administrativ și disciplinar al spitalului. Pe scurt, constatăm că realitățile administrării secțiilor și dinamica sistemului secțiilor sunt exprimate în limbajul serviciilor medicale psihiatrice.

Prezența pacientului în spital este privită ca dovadă *prima facie* a bolii sale psihice, din moment ce menirea instituției constă în spitalizarea persoanelor de acest fel. Un răspuns dat foarte frecvent pacientului care susține că este sănătos psihic constă în afirmația: „Dacă n-ai fi bolnav nu te-ai afla în spital!”. Spitalul în sine, separat de serviciile terapeutice prestate de personalul specializat, are reputația de a-i oferi pacientului un sentiment de siguranță (care poate fi obținut uneori doar prin cunoașterea faptului că ușa este încuiată[1]) și eliberarea de responsabilitățile sale cotidiene. Se consideră că ambele condiții au efect terapeutic. (Indiferent dacă au sau nu efect terapeutic, este greu de găsit medii care să inducă o nesiguranță mai profundă; cât privește responsabilitățile, pacientul este eliberat de ele cu un preț considerabil și permanent.)

Mai pot fi menționate și alte traduceri. Înregimentarea poate fi definită drept context de regularitate terapeutică, menit să aline nesiguranța; interacțiunea socială forțată cu o multitudine eterogenă

1. Dintre cei peste o sută de pacienți pe care i-am cunoscut în spitalul pe care l-am studiat, unul a recunoscut că se simțea prea temător ca să se depărteze mai mult de aproximativ un cvartal de secția sa. Nu am cunoscut și nici nu am auzit de vreun pacient care să prefere o secție încuiată, cu excepția pacienților descriși de personal.

de pacienți nemulțumiți poate fi descrisă drept ocazie de a afla că există și alții mai năpăstuiți. Dormitoarele comune sunt numite secții, acest lucru fiind confirmat de unele dotări concrete, în special paturile, care sunt achiziționate prin furnizorii spitalului. Pedeapsa de a fi trimis într-o secție inferioară este descrisă drept transferarea pacientului într-o secție la condițiile căreia poate face față, iar celula de izolare sau „groapa" este descrisă ca un loc unde pacientul se va putea simți în largul lui cu incapacitatea proprie de a-și controla pulsiunile[1]. Asigurarea liniștii în secție pe timpul nopții prin administrarea forțată de medicamente, lucru ce permite reducerea personalului din turele de noapte, se numește medicație sau tratament sedativ. Unele femei care nu mai sunt de mult timp capabile să execute sarcini medicale de rutină – de pildă, să ia sânge – sunt numite asistente și poartă uniforma respectivă; unii bărbați instruiți în medicina generală sunt numiți psihiatri. Sarcinile de muncă sunt definite ca ergoterapie sau ca mijloc prin care pacientul își poate exprima capacitatea regăsită de a-și asuma îndatoriri civice. Recompensa pentru bună purtare prin creșterea treptată a drepturilor de a participa la evenimentele sociale poate fi descrisă drept control psihiatric asupra dozei de expunere socială și a momentului ales pentru aceasta. Pacienții aflați acolo unde se administrează inițial tratamentul se spune că sunt în clinica pentru „boli acute"; cei care nu se externează după acest ciclu inițial de intervenție medicală sunt mutați în așa-numita „clinică de cronici" sau, mai recent, în „secțiile de continuare a tratamentului"; cei pregătiți să plece sunt trimiși în „secția de reabilitare". În sfârșit, externarea propriu-zisă, care tinde să fie acordată, după un an de internare, celor mai mulți pacienți aflați la prima internare și cooperanți mediu, și oricăror alți pacienți ale căror rude exercită presiuni, este deseori considerată o dovadă de „ameliorare", iar această ameliorare se atribuie în mod tacit demersurilor instituției. (Printre motivele de externare a unui pacient anume se pot număra presiunea exercitată de populația numeroasă a secției, remisia spontană sau conformitatea socială insuflată pacientului prin puterea disciplinară a sistemului secțiilor.) Chiar și expresiile concise „vindecat la externare" sau „ameliorat la externare" sugerează că spitalul a avut o anumită contribuție în vindecare sau ameliorare. (În același timp, imposibilitatea externării tinde să fie atribuită dificultății de a trata tulburările psihice, precum și profunzimii și rezistenței tipului de boală în cauză, confirmându-se astfel modelul medical, în ciuda faptului că pentru pacientul respectiv nu se poate

1. Vezi, de exemplu, Belknap, *op. cit.*, p. 191.

face nimic.) De fapt, firește, rata ridicată a externărilor poate fi luată la fel de bine ca dovadă a funcționării proaste a spitalului, căci, din moment ce nu există prea multe tratamente reale, ameliorarea pacientului survine în ciuda spitalizării și, probabil, ar surveni mai frecvent în condiții diferite de cele pline de privațiuni din instituție.

Unele traduceri verbale care se găsesc în spitalele de psihiatrie reprezintă nu atât termeni medicali pentru practicile de disciplinare, cât utilizarea disciplinară a practicilor medicale. În această privință, folclorul spitalelor psihiatrice le oferă sociologilor unele relatări exemplare. Se spune că, în unele spitale psihiatrice, un mod de rezolvare a problemei pacientelor care rămâneau însărcinate în spital consta în practicarea histerectomiei. Mai puțin frecventă, poate, era măsura luată împotriva acelor pacienți, numiți uneori „mușcători", care îi mușcau mereu pe cei din jur: extracția tuturor dinților. Prima categorie de acțiuni medicale menționate primea uneori numele de „tratament pentru promiscuitate sexuală", iar a doua – „tratament pentru obiceiul de a mușca". Un alt exemplu constă în moda, acum tot mai puțin întâlnită în spitalele americane, de a practica lobotomia pentru pacienții cei mai problematici, incorigibili, din spital[1]. Folosirea electroșocurilor, la recomandarea îngrijitorului, ca metodă de a-i disciplina prin amenințare pe unii pacienți și de a-i liniști pe cei la care nu funcționează amenințarea constituie un exemplu întru câtva mai puțin drastic, dar mai răspândit al aceluiași proces[2]. În toate aceste cazuri, acțiunea medicală este prezentată pacientului și rudelor acestuia drept serviciu prestat în beneficiul individului, dar, de fapt, cea care beneficiază este instituția, acțiunea având caracteristici similare cu cele ale măsurilor de natură să reducă problemele de management ale administrației. Pe scurt, sub masca modelului de prestare a serviciilor medicale poate fi găsită uneori practicarea medicinei de întreținere.

1. Mi s-a relatat cazul unor pacienți psihiatrici maniacali și, în plus, tuberculoși cărora le-a fost prescrisă lobotomia ca să nu moară din cauza hiperactivității. Această decizie face parte din categoria celor care implică funcția de prestare de servicii personale a medicinei, nu cea de întreținere. Se poate afirma încă o dată că problema determinantă nu constă în acțiunea în sine, ci în contextul organizațional în care este recomandată.
2. Vezi Belknap, *op. cit.*, p. 192.

IX

Concluzie

Prezentând anumite privințe în care spitalizarea psihiatrică nu se potrivește cu modelul de prestare a serviciilor medicale, nu am menționat dificultățile care survin în aplicarea acestui model la practica psihiatrică privată, ambulatorie, deși ele există, desigur (dificultăți cum ar fi : perioada de timp necesară pentru tratament, având ca urmare forțarea ideii de onorariu, probabilitatea scăzută a eficienței tratamentului și dificultatea foarte mare de a ști cărui factor să atribui modificarea stării pacientului).

De asemenea, prin concentrarea asupra dificultăților de aplicare a modelului serviciilor medicale la spitalul de psihiatrie nu vreau să sugerez că aplicarea modelului nu s-a dovedit uneori util celor instituționalizați ca pacienți. Prezența personalului medical în aziluri a servit, fără îndoială, la o anumită ameliorare a situației îngrijitorilor. Pare să nu existe îndoială că medicii sunt dispuși să lucreze în aceste medii insalubre și izolatoare pentru că perspectiva medicală furnizează un mod de a privi oamenii care trece dincolo de perspectivele sociale standard și, ca urmare, oferă o modalitate de a fi întru câtva orb la lucrurile considerate în mod obișnuit plăcute sau neplăcute. Existența versiunii medicale a situației individului le-a oferit unor pacienți, desigur, dreptul de a cere să fie tratați în spital cu considerația rezervată clasei de mijloc ; moratoriul pe temeiuri medicale asupra vieții de familie a fost, fără îndoială, de un mare ajutor anumitor pacienți ; ideea generală a „posibilității de vindecare" a „tulburărilor psihice" în urma administrării „tratamentului" a ușurat, fără îndoială, reintegrarea unor pacienți în comunitatea liberă și situația celor lângă care s-au întors ; iar ideea că fac tratament de o viață întreagă și și-au irosit anii de până atunci le poate oferi unor pacienți o cale de a găsi o semnificație acceptabilă timpului pe care l-au petrecut exilați în spital.

De asemenea, prezentând limitările modelului prestării de servicii, nu am intenționat să afirm că pot sugera o cale mai bună de abordare a persoanelor numite pacienți psihiatrici. Spitalele de psihiatrie nu se găsesc în societatea noastră pentru că supraveghetorii, psihiatrii și îngrijitorii vor locuri de muncă ; spitalele de psihiatrie există fiindcă există o piață pentru ele. Dacă astăzi s-ar goli și s-ar închide toate spitalele de psihiatrie dintr-o anumită regiune, mâine, rudele, poliția și judecătorii ar cere vehement să se deschidă

altele, și acești adevărați clienți ai spitalului psihiatric ar cere o instituție care să le satisfacă nevoile.

Personalul psihiatric specializat nu are, nici el, un rol ușor. Autorizația medicală le conferă membrilor săi unul dintre cele mai ferme motive din câte se găsesc în societatea noastră de a pretinde respect și stimă și una dintre cele mai solide ocupații de prestare de servicii experte, însă, în spitalul de psihiatrie, întregul lor rol este supus permanent îndoielii. Tot ce se întâmplă în spital trebuie legitimat prin asimilare sau traducere, așa încât să se potrivească în cadrul de referință al serviciilor medicale. Acțiunile cotidiene ale personalului trebuie definite și prezentate ca expresii ale proceselor de observație, diagnoză și tratament. Pentru a efectua traducerea, realitatea trebuie modificată considerabil, oarecum în modul în care o modifică judecătorii, instructorii și ofițerii din celelalte instituții coercitive pe care le avem. Trebuie să se găsească delictul care se potrivește pedepsei, iar caracterul deținutului trebuie reconstituit astfel încât să concorde cu delictul.

Dar personalul nu este, firește, singurul grup care întâmpină dificultăți în aplicarea modelului prestării serviciilor; și pacienții au probleme ce clarifică relația dintre atitudine și realitate. Situația pacienților este dură și stearpă. Ca atare, nu prezintă nici un interes sociologic pentru noi; în definitiv, există chiar și în America alte situații aproape la fel de proaste și câteva chiar mai proaste. Ne interesează aici faptul că modelul prestării serviciilor folosit în spitalele psihiatrice mărește duritatea acestor privațiuni.

Într-un spital general, incapacitățile fizice ale individului sunt considerate semne că tratamentul, oricât de neplăcut sau de limitator, este necesar și trebuie acceptat, spre binele lui. Într-un spital de psihiatrie, faptul de a nu reuși să fii un pacient ușor de manevrat – spre exemplu, a nu reuși să muncești sau să fii politicos cu personalul – tinde să fie considerat drept dovadă că nu ești „pregătit” pentru libertate și că în continuare trebuie să fii supus tratamentului. Vreau să arăt nu că spitalul este un loc detestabil din punctul de vedere al pacienților, ci că, exprimându-și ura față de spital, pacientul oferă dovada faptului că internarea sa este justificată și că încă nu este pregătit să plece. Se alimentează o confuzie sistematică între supunerea față de alții și adaptarea personală a individului.

În plus, când cercetăm particularitățile modului în care aceste instituții își selectează personalul și sunt conduse, precum și convingerile care circulă la nivelul lor, descoperim că, indiferent ce altceva mai fac ele, unul dintre efectele lor principale este de a susține concepția despre sine a personalului specializat. Indivizii instituționalizați și angajații de la nivelurile inferioare sunt implicați într-o vastă

acțiune de sprijin – un tribut complex și dramatizat – care are efectul, dacă nu și scopul, de a afirma că acolo se desfășoară un serviciu de tip medical și că personalul psihiatric îl prestează[1]. Eforturile necesare pentru a susține această pretenție sugerează oarecum slăbiciunea ei. (Poate că se sugerează o generalizare sociologică sentimentală : cu cât afirmațiile tale se află mai departe de realitate, cu atât trebuie să depui mai mult efort și să obții mai mult ajutor spre a-ți întări poziția.)

Pacienții psihiatrici se pot găsi legați într-un mod special. Ca să iasă din spital ori să-și ușureze viața înăuntrul lui, trebuie să arate că acceptă locul care li s-a acordat, iar locul care li s-a acordat constă în sprijinirea rolului ocupațional al celor care par să oblige la o asemenea convenție. Această servitute morală cu efect de autoalienare, care contribuie poate la explicarea faptului că unii pacienți devin confuzi mental, se obține prin invocarea marii tradiții a relației de prestare a serviciilor experte, mai ales a versiunii sale medicale. Pacienții psihiatrici se pot trezi zdrobiți de greutatea unui ideal de prestare a serviciilor care ne ușurează viața nouă, celorlalți.

1. Și comunitatea largă este implicată în sprijinirea acestui rol. Există o concepție importantă potrivit căreia experiența terapeutică ideală imaginată astăzi este o cufundare prelungită în psihoterapie individuală, preferabil psihanaliză. În această concepție, modul ideal de a îmbunătăți serviciile oferite de spitalele de stat ar fi creșterea numărului de psihiatri angajați, astfel încât să se poată face mai multă terapie individuală, și, excluzând acest ideal, recunoscut ca imposibil de atins, să se ofere o cantitate maximă dintr-o terapie considerată a fi următoarea pe listă, cum ar fi psihoterapia de grup și consilierea. Se poate ca acest gen de soluție să amelioreze mai degrabă situația dificilă de rol a psihiatrilor decât situația omenească în care se află pacienții psihiatrici.

PLURAL M

au apărut :

1. Émile Durkheim – *Formele elementare ale vieții religioase*
2. Arnold Van Gennep – *Riturile de trecere*
3. Carlo Ginzburg – *Istorie nocturnă*
4. Michel de Certeau – *Fabula mistică*
5. G.W. Leibniz – *Eseuri de teodicee*
6. J. Martín Velasco – *Introducere în fenomenologia religiei*
7. * * * – *Marele Inchizitor. Dostoievski – lecturi teologice*
8. Raymond Trousson – *Istoria gândirii libere*
9. Marc Bloch – *Regii taumaturgi*
10. Filostrat – *Viața lui Apollonios din Tyana*
11. Diogenes Laertios – *Despre viețile și doctrinele filosofilor*
12. Ștefan Afloroaei – *Cum este posibilă filosofia în estul Europei*
13. Gail Kligman – *Nunta mortului*

14, 15. Jean Delumeau – *Păcatul și frica*

16. Mihail Psellos – *Cronografia. Un veac de istorie bizantină. 976-1077*
17. Cicero – *Despre divinație*

18, 19. Elena Niculiță-Voronca – *Datinele și credințele poporului român adunate și așezate în ordine mitologică*

20. * * * – *Carmina Burana. Antologie de poezie latină medievală*
21. Paul Zumthor – *Babel sau nedesăvârșirea*
22. Porfir – *Viața lui Pitagora. Viața lui Plotin*
23. E.R. Dodds – *Grecii și iraționalul*
24. Jean Delumeau – *Mărturisirea și iertarea. Dificultățile confesiunii. Secolele XIII-XVIII*
25. Thomas de Aquino – *Despre fiind și esență*
26. I.-Aurel Candrea – *Folclorul medical român comparat. Privire generală. Medicina magică*
27. Vladimir Petercă – *Regele Solomon în Biblia ebraică și în cea grecească. Contribuție la studiul conceptului de* midraș
28. Emmanuel Lévinas – *Totalitate și Infinit*
29. * * * – *Evanghelii apocrife* (ediția a II-a)
30. Jacques Le Goff – *Omul medieval*
31. Jacques Derrida – *Spectrele lui Marx. Starea datoriei, travaliul doliului și noua Internațională*
32. Gabriel Andreescu, Gusztáv Molnár (ed.) – *Problema transilvană*
33. Seneca – *Naturales quaestiones. Științele naturii în primul veac*
34. Cristian Bădiliță – *Platonopolis sau Împăcarea cu filosofia*

35. Hans-Georg Gadamer – *Elogiul teoriei. Moştenirea Europei*
36. Pavel Florenski – *Stâlpul şi Temelia Adevărului. Încercare de teodicee ortodoxă în douăsprezece scrisori*
37. Eugenio Garin – *Omul Renaşterii*
38. Julien Ries – *Sacrul în istoria religioasă a omenirii*
39. Virgil Nemoianu – *Jocurile divinităţii. Gândire, libertate şi religie la sfârşit de mileniu*
40. Robert Darnton – *Marele masacru al pisicii şi alte episoade din istoria culturală a Franţei*
41. * * * – *Anticristul*
42. Lie Zi – *Calea vidului desăvârşit*
43. Cicero – *Despre destin*
44. Michel Vovelle – *Omul Luminilor*
45. Françoise Bonardel – *Filosofia alchimiei. Marea Operă şi modernitatea*
46. Tatiana Slama-Cazacu – *Stratageme comunicaţionale şi manipularea*
47. * * * – *Trei apocrife ale Vechiului Testament*
48. Jacques Le Goff – *Sfântul Francisc din Assisi*
49. A.R. Radcliffe-Brown – *Structură şi funcţie în societatea primitivă*
50. François Furet – *Omul romantic*
51. Hans-Georg Gadamer – *Actualitatea frumosului*
52. Plinius – *Naturalis historia. Enciclopedia cunoştinţelor din Antichitate* (vol. I)
53. Arnold Van Gennep – *Totemismul. Starea actuală a problemei totemice*
54. Rosario Villari – *Omul baroc*
55. John R. Searle – *Realitatea ca proiect social*
56. Peter Sloterdijk – *Critica raţiunii cinice* (vol. I)
57. Isabelle Stengers – *Inventarea ştiinţelor moderne*
58. Guglielmo Cavallo – *Omul bizantin*
59. Nicolae Corneanu – *Patristica mirabilia. Pagini din literatura primelor veacuri creştine*
60. Pierre Teilhard de Chardin – *Scrisori inedite*
61. Andrea Giardina – *Omul roman*
62. Sergio Donadoni – *Omul egiptean*
63. Anne Cheng – *Istoria gândirii chineze*
64. Artemidor Daldianul – *Carte de tălmăcire a viselor*
65. Dolores Toma – *Despre grădini şi modurile lor de folosire*
66. Silviu Rogobete – *O ontologie a iubirii. Subiect şi Realitate Personală supremă în gândirea teologică a părintelui Dumitru Stăniloae*
67. Plinius – *Naturalis historia. Enciclopedia cunoştinţelor din Antichitate* (vol. II)
68. Jean-Pierre Vernant – *Omul grec*
69. Matei Călinescu – *Despre Ioan P. Culianu şi Mircea Eliade. Amintiri, lecturi, reflecţii*
70. H.-R. Patapievici – *Cerul văzut prin lentilă*

71. Norbert Elias – *Procesul civilizării. Cercetări sociogenetice și psihogenetice* (vol. I – *Transformări ale conduitei în straturile laice superioare ale lumii occidentale*)
72. Norbert Elias – *Procesul civilizării. Cercetări sociogenetice și psihogenetice* (vol. II – *Transformări ale societății. Schița unei teorii a civilizării*)
73. Ute Frevert, Heinz-Gerhard Haupt – *Omul secolului XX*
74. Augustin – *Prima cateheză. Inițiere în viața creștină*
75. Plinius – *Naturalis historia. Enciclopedia cunoștințelor din Antichitate* (vol. III)
76. Ute Frevert, Heinz-Gerhard Haupt – *Omul secolului XIX*
77. Georges Dumézil – *Căsătorii indo-europene și Cincisprezece chestiuni romane*
78. Cristian Bădiliță – *Manual de anticristologie. Studii, dosar biblic, traduceri și comentarii*
79. Grete Tartler – *Înțelepciunea arabă (secolele V-XIV)*
80. * * * – *Originile creștinismului*
81. * * * – *Evanghelii apocrife* (ediția a III-a)
82. Paul Ricœur, André Lacocque – *Cum să înțelegem Biblia*
83. Plinius – *Naturalis historia. Enciclopedia cunoștințelor din Antichitate* (vol. IV)
84. Dominique Camus – *Puteri și practici vrăjitorești. Anchetă asupra practicilor actuale de vrăjitorie*
85. Meister Eckhart – *Cetățuia din suflet. Predici germane*
86. Peter Sloterdijk – *Critica rațiunii cinice* (vol. II)
87. Augustin – *Despre iubirea absolută. Comentariu la Prima Epistolă a lui Ioan*
88. Daniel Dubuisson – *Mitologii ale secolului XX. Dumézil, Lévi-Strauss, Eliade*
89. Marie Capdecomme – *Viața morților. Despre fantomele de ieri și de azi*
90. Vladimir Petercă – *Mesianismul în Biblie*
91. Evagrie Ponticul – *Tratatul practic. Gnosticul*
92. Iamblichos – *Misteriile egiptenilor*
93. * * * – *Carmina Burana. Antologie de poezie latină medievală* (ediția a II-a)
94. Goffman, Erving – *Aziluri. Eseuri despre situația socială a pacienților psihiatrici și a altor categorii de persoane instituționalizate*

în pregătire:

Michel Foucault – *Hermeneutica subiectului. Cursuri la Collège de France (1981-1982)*

Moshe Idel – *Kabala și hermeneutica*

www.polirom.ro

Redactor: Cezar Petrilă
Coperta: Angela Rotaru-Serbenco
Tehnoredactor: Constantin Mihăescu

Bun de tipar: decembrie 2003. Apărut : 2003
Editura Polirom, B-dul Carol I nr. 4 • P.O. Box 266
700506, Iași, Tel. & Fax: (0232) 21.41.00 ; (0232) 21.41.11 ;
(0232)21.74.40 (difuzare) ; E-mail : office@polirom.ro
București, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33,
O.P. 37 • P.O. Box 1-728, 030174
Tel.: (021) 313.89.78; E-mail : polirom@dnt.ro

Tiparul executat la S.C. LUMINA TIPO s.r.l.
str. Luigi Galvani nr. 20 bis, sect. 2, București
Tel./Fax: 211.32.60, 212.29.27, E-mail: lumina-lex@fx.ro